LAPORAN

Kajian Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

(Monitoring dan Evaluasi Program JKN di Indonesia)

PUSAT KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN

Fakultas Kedokteran

Universitas Gadjah Mada

Lembar Pengesahan

LAPORAN

Kajian Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Disusun oleh :

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Ketua Peneliti *(Principal Investigator)*

M. Faozi Kurniawan, S.E. Akt, MPH

Mengetahui,

Direktur Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

dr. Yodi Mahendradata, M.Sc., PhD

KATA PENGANTAR

Puji syukur Tim Penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas kehendak-Nya lah **"Kajian Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi"** dalam program monitoring dan evaluasi pelkasanaan JKN di Indonesi telah selesai dilaksanakan. Tujuan penelitian/ kajian ini adalah untuk mengetahui lebih dalam hambatan dan tantangan dalam pelaksanaan JKN di Puskesmas/ FKTP milik Pemerintah.

Dana Kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada Puskesmas selaku FKTP milik Pemerintah merupakan amanah masyarakat Indonesia yang harus dipergunakan secara transparan dengan akuntabilitas yang tinggi. Semangat *good governance* memberikan kesempatan kepada BPJS Kesehatan untuk mendukung pelaksanaan JKN di Puskesmas demi tercapainya pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata untuk seluruh masyarakat.

Pendapatan dana kapitasi yang tidak dapat digunakan pada masa anggaran berjalan sehingga menimbulkan sisa selayaknya dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas untuk pelayanan kesehatan periode berikutnya. Banyaknya tantangan internal, eksternal, individual dan proses pelaksanaan di Puskesmas memberikan pengalaman dan pembelajaran untuk perbaikan pelaksanaan di Puskesmas.

Harapan positif dengan adanya kajian sisa lebih dana kapitasi yaitu terjalinnya koordinasi, komunikasi, integrasi dan sinergi diantara para pengambil kebijakan baik Pemerintah dan BPJS Kesehatan dan pemberi pelayanan. Hal ini menjadi tantangan tersendiri mengingat keadaan Negara Indonesia yang tidak saja dipengaruhi nuansa politis tetapi juga demografi, variasi pemasalahan kesehatan di daerah, dan keunikan budaya lokal.

Dalam kesempatan ini ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada yang terhormat:

1. Direktur BPJS Kesehatan Pusat
2. Direktur Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan Pusat
3. Direktur MPKP BPJS Kesehatan Pusat
4. Gubernur, Bupati/Walikota Kabupaten/ Kota Daerah Studi
5. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK UGM
6. dan semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dalam melakuka kajian Sisa Lebih Dana Kapitasi ini.

Kami menyadari bahwa dalam Hasil Kajian dan Rekomendasi yang diberikan masih belum sempurna. Oleh karena itu, kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat lebih baik lagi di masa yang akan datang.

Yogyakarta, Oktober 2016

Tim Peneliti PKMK FK UGM

PERNYATAAN

Kajian ini didanai oleh BPJS Kesehatan sebagai bentuk monitoring dan evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2016 di Indonesia. M. Faozi Kurniawan sebagai ketua tim peneliti mewakili Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada mengucapkan terima kasih kepada BPJS Kesehatan khususnya Grup Penelitian dan Pengembangan; Wan Aisyah, Welly Gadistina, Golda Kurniawati, dan seluruh tim Kajian Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi Tahun 2016 yang telah mencurahkan perhatian dan kerja sama yang baik selama pelaksanaan studi.

DAFTAR SINGKATAN

ABK	Anggaran Berbasis Kinerja
Adinkes	Asosiasi Dinas Kesehatan
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASB	Analisa Standar Biaya
BAPPEDA	Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah
BLU	Badan Layanan Umum
BLUD	Badan Laayanan Umum Daerah
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS-K	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
BPKAD	Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah
BPKP	Badan Pemeriksa Keuangan dan Pembangunan
BUD	Bendahara Umum Daerah
DPA	Dokumen Pelaksanaan Anggaran
DPPA	Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran
DPPKAD	Dinas Pendapatan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah
FGD	*Focus Group Discussion*
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
INA-CBGs	Indonesia Case Based Groups
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KL	Kementerian/Lembaga
MOP	Metoda Operasi Pria

PD	Perangkat Daerah
PERMENKES	Peraturan Menteri Kesehatan
PERPRES	Peraturan Presiden
PKM	Puskesmas
POPB	Per Orang Per Bulan
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PPK	Pola Pengelolaan Keuangan
PPKAD	Pendapatan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah
RBA	Rencana Bisnis Anggaran
RKA	Rencana Kerja Anggaran
SILPA	Sisa Lebih Perhitungan Anggaran
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SLDK	Sisa Lebih Dana Kapitasi
SP2B	Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja
SP2D	Surat Perintah Pencairan Dana
SPJ	Surat PertanggungJawaban
SPM	Standar Pelayanan Minimal
SPM	Surat Perintah Membayar
UHC	*Universal Health Coverage*
UU	Undang-undang
UUD	Undang-Undang Dasar

DAFTAR ISI

Lembar Pengesahan ii
Kata Pengantar iii
Pernyataan v
Daftar Singkatan vi
Daftar Isi viii
Daftar Tabel ix
Daftar Gambar x
Ringkasan 1
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 3
B. Tujuan 4
1. Tujuan Umum 4
2. Tujuan Khusus 4
C. Manfaat 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
A. Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional 6
B. Model Pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional 6
1. Model Pembayaran Kapitasi 7
2. Model Pembayaran Klaim Non Kapitasi 8
3. Model Pembayaran Paket INA CBG's 9
4. Model Pembayaran di Luar Paket INA CBG's 10
C. Pengelolaan Dana Kapitasi 10
1. Dana Kapitasi 10
2. Perencanaan dan Penganggaran Dana Kapitasi 11
3. Pemanfaatan dan Pengelolaan Dana 14
4. Pencairan dan Peruntukan Dana Kapitasi 15
5. Pertanggungjawaban Dana Kapitasi 16
6. Sisa Lebih Dana Kapitasi 17
D. Kinerja Pelayanan Kesehatan 17
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN 19
BAB IV METODE PENELITIAN 20
A. Jenis dan Rancangan Penelitian 20
B. Tempat dan Waktu Penelitian 20
C. Subyek Penelitian 21
D. Identifikasi Variabel Penelitian 23
E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data 23
F. Teknik Analisis Data 24
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 25
A. Hasil Penelitian 25
B. Pembahasan 77
BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 88
A. Kesimpulan 88
B. Rekomendasi 90
REFERENSI 92

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Daerah Studi Subjek Penelitian 22
Tabel 2. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi Tahun 2014 25
Tabel 3. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi Tahun 2015 29
Tabel 4. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitas Tahun 2014 33
Tabel 5. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitasi Tahun 2015 37
Tabel 6. Rangkuman Analisis Korelasi Antara Variabel Independen dengan Variabel Sisa Lebih Dana Kapitasi 40
Tabel 7. Distribusi Jawaban Responden untuk Landasan Kebijakan 42
Tabel 8. Perencanaan dan Penganggaran Sisa Lebih Dana Kapitasi 45
Tabel 9. Distribusi Jawaban Responden untuk Pencairan dan Peruntukkan 49
Tabel 10. Distribusi Jawaban Responden untuk Pertanggungjawaban 53
Tabel 11. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran Dinas Kesehatan 56
Tabel 12. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran BPKAD 58
Tabel 13. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran BPJS Kesehatan 60
Tabel 14. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran Adinkes 60
Tabel 15. Distribusi Jawaban Responden untuk Kendala Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi 62
Tabel 16. Distribusi Jawaban Responden Harapan Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi 64
Tabel 17. Kinerja dan Komitmen Pelayanan Tahun 2014 66
Tabel 18. Kinerja dan Komitmen Pelayanan Tahun 2015 71
Tabel 19. Rangkuman Analisis Korelasi Antara Variabel Independen dengan Pemenuhan Komitmen Pelayanan 75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Pusat Dan Daerah 14
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian..... 19
Gambar 3. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Anggaran Perubahan..... 47
Gambar 4. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Anggaran Induk..... 48
Gambar 5. Mekanisme Pencairan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas BLUD 51
Gambar 6. Mekanisme Pencairan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas Non-BLUD..... 52
Gambar 7. Mekanisme Pertanggungjawaban Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas Non-BLUD..... 54
Gambar 8. Mekanisme Pertanggungjawaban Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas BLUD..... 55

RINGKASAN

Pendahuluan

Salah satu tantangan dan hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan JKN adalah pemanfaatan dana kapitasi di fasilitas tingkat pertama terutama Puskemas. Dana kapitasi di Puskesmas dianggap sebagai pendapatan bagi Puskesmas yang pemanfaatannya untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat berdasarkan regulasi dari Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Namun, regulasi yang ada belum sepenuhnya mengakomodir kebutuhan Puskesmas dalam pengelolaan dana kapitasi. Akibatnya, terdapat sisa di akhir tahun anggaran berjalan. Hal ini lah yang mendorong perlunya monitoring dan evaluasi terhadap dana kapitasi melalui kajian pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas. Tujuan kajian ini adalah memperoleh gambaran lengkap penggunaan sisa lebih dana kapitasi dengan menelusuri tantangan dan hambatannya.

Metode

Metode yang digunakan dalam kajian ini yaitu studi kasus dengan rancang bangun *cross sectional* yang bertujuan untuk menganalisis pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD. Informan dalam penelitian ini yaitu informan yang bekerja di Bappeda, BKAD, Dinas Kesehatan dan Puskesmas serta BPJS Kesehatan. Kajian ini menggunakan metode kuantitatif dan kulititatif. Metode kuantitatif menggunakan data sekunder berupa dokumen keuangan, jumlah peserta, angka kunjungan dan data sekunder lainnya. Analisis yang digunakan dalam metode kuantitatif yaitu menghubungkan variabel dengan uji statistik. Untuk metode kualitatif yaitu menggunakan data wawancara mendalam dan kelompok diskusi terarah. Analisis data kualitatif menggunakan matriks dan melakukan pengkodean pada jawaban informan, serta pivot tabel.

Hasil Kajian

Sisa lebih dana kapitasi terjadi pada tahun 2014 dan 2015 dalam penyelenggaraan JKN. Regulasi yang melandasi pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi Puskesmas belum ada. Sebagian Puskesmas yang memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi menggunakan Peraturan Presiden nomor 32 tahun 2014 Pasal 7 sebagai landasan kebijakannya dan sebagian Puskesmas juga menggunakan peraturan Bupati yang berlaku di daerah. Namun, sebagian besar Puskesmas di daerah studi belum menggunakan sisa dana lebih kapitasi karena Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 belum mengatur penggunaan sisa lebih dana kapitasi untuk Puskesmas non BLUD milik Pemerintah. Lain halnya dengan Puskesmas BLUD yang menggunakan berbagai peraturan untuk mengelola dana kapitasi dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi. Dukungan yang diberikan Dinas Kesehatan, Bappeda, dan BPKAD terkait pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi belum signifikan mempermudah puskesmas dalam memanfaatkan dana sisa. Kajian ini juga memberikan informasi bahwa masih terdapat kesenjangan antarjenis dan geografis Puskesmas. Ketimpangan rasio dokter terhadap peserta, rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan masih terjadi antara Puskesmas perkotaan dan pedesaan dan Puskesmas BLUD dan Non-BLUD. Selain itu, sebagian besar Puskesmas memiliki rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan non-spesialistik yang belum mencapai zona aman. Rendahnya capaian indikator pemenuhan komitmen pelayanan ini yang akhirnya juga akan memicu besarnya sisa lebih dana kapitasi.

Kesimpulan

Sisa lebih dana kapitasi tidak optimal di manfaatkan oleh Puskesmas dikarenakan landasan kebijakan yang belum kuat dan dukungan peran pemerintah daerah dan jajarannya belum kuat mendorong penggunaan sisa lebih dana kapitasi. Munculnya Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 membuka peluang adanya pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi yang lebih optimal. Pencairan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi belum banyak terjaadi karena landasan aturan untuk dana sisa belum kuat. Selain itu, indikator kinerja (kapitasi berbasis komitmen pelayanan) masih menjadi tantangan bagi Puskesmas.

Rekomendasi

Kebijakan yang berlaku di daerah harus integrasi dan sinkronisasi dengan regulasi di tingkat Pusat. Perbaikan kebijakan redistribusi kepesertaan antar FKTP yang disertai penyusunan petunjuk teknis pelaksanaan. Adanya pemerataan ketika pertumbuhan kepesertaan yang tinggi seperti saat ini diharapkan dapat sesuai dengan beban kerja dan mendukung pemberian pelayanan yang lebih baik. Memperkuat regulasi Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 mengenai pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, baik untuk Puskesmas BLUD maupun Puskesmas NON BLUD Menyusun pedoman teknis pengelolaan sisa lebih kapitasi untuk memperkuat implementasi regulasi. Mengevaluasi *fund channeling* untuk mengoptimalkan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, baik dengan atau tanpa melalui mekanisme APBD dan tidak melalui mekanisme APBD.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sesuai amanat amandemen UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, negara berkewajiban untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat (Republik Indonesia, 2002). Selain itu, resolusi *World Health Assembly* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa menginginkan setiap negara menyelenggarakan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk (World Health Organization, 2005). Berdasarkan kedua amanat ini, pemerintah Indonesia bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggaranya.

Selama berlangsungnya JKN jumlah peserta sampai dengan bulan Maret 2016 tercatat sebanyak 163.327.183 jiwa (BPJS Kesehatan, 2016) . Sampai dengan saat ini pula pemerintah dan BPJS Kesehatan terus memperbaiki pelaksanaan program JKN melalui monitoring dan evaluasi kegiatan. Salah satu bentuk kegiatan tersebut adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diimbangi dengan pembayaran pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pembayaran fasilitas kesehatan tingkat pertama khusus milik pemerintah diatur melalui Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah (Republik Indonesia, 2014d).

Kajian Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi telah dilakukan Grup Penelitian dan Pengembangan tahun 2015 dengan hasil peningkatan utilisasi mengakibatkan rerata biaya kapitasi aktual semakin rendah, sehingga dibutuhkan peninjauan jumlah minimum dan maksimum peserta per jenis FKTP dan/atau kapitasi POPB yang mempertimbangkan beban kerja dan kualitas pelayanan (Kurniawan et al., 2016). Pedoman dana kapitasi yang mempertimbangkan nomenklatur anggaran dan peraturan daerah diharapkan dapat mempermudah FKTP (terutama Puskesmas) dalam mengelola dan memanfaatkan dana kapitasi sesuai dengan peruntukannya, khususnya bagi peserta program JKN.

Biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2014 mencapai Rp 42,6 T dan beberapa diantaranya terdiri sebagai kapitasi dan non kapitasi (BPJS Kesehatan, 2015a). Kapitasi merupakan besaran

pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan (Republik Indonesia, 2014a). Walaupun pembayaran kapitasi pada FKTP diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59 Tahun 2014 dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014, namun belum adanya regulasi yang mengatur mekanisme pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, dimana hal tersebut merupakan salah satu aspek kelemahan dalam penyelenggaraan JKN di FKTP milik pemerintah.

Kajian terhadap mekanisme pembiayaan dalam sistem jaminan kesehatan nasional terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang dilakukan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) pada tahun 2015 menyebutkan bahwa mekanisme kapitasi telah membuat dana yang masuk ke sebagian Puskesmas meningkat drastis dan melebihi dari kebutuhan puskesmas setiap tahunnya. Besarnya dana yang diterima dan realisasi anggaran yang lambat, berpeluang menyebabkan sisa lebih di akhir tahun anggaran. Sementara itu, belum ada regulasi yang secara rinci mengatur sisa lebih dana kapitasi (Komisi Pemberantasan Korupsi, 2015). Oleh karena itu, BPJS Kesehatan sebagai pembayar kapitasi dirasa perlu melakukan monitoring dan evaluasi penyerapan dana kapitasi dan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum studi ini adalah melakukan analisis pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas.

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan analisis kapasitas Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD daerah rural dan urban dalam memanfaatkan dana kapitasi
b. Melakukan analisis pengelolaan dan potensi sisa lebih kapitasi di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD daerah rural dan urban
c. Melakukan analisis capaian kinerja atau komitmen pelayanan di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD daerah rural dan urban.

C. Manfaat

Hasil Studi Sisa Lebih Dana Kapitasi dapat memberikan manfaat bagi:

1. BPJS Kesehatan

   Sebagai penyelenggara jaminan sosial kesehatan dan pembayar dana kapitasi kepada FKTP khususnya Puskesmas, BPJS Kesehatan mengetahui penggunaan dana kapitasi secara umum dan pengelolaan dana sisa kapitasi di Puskesmas.

2. *Provider* Kesehatan

   Penelitian ini memberikan manfaat pada perbaikan manajemen keuangan dana kapitasi penyedia pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini juga memberikan pemahaman terkait pengelolaan dana kapitasi dan sisa lebih dana kapitasi bagi *provider* kesehatan terutama FKTP dalam aspek regulasi. Manfaat lain adalah peningkatan kapasitas Puskesmas daerah rural dan urban dalam mengelola sisa lebih dana kapitasi beserta faktor-faktor yang mempengaruhi. Adapun manfaat praktis dari penelitian ini yaitu dapat memberikan strategi mengelola sisa lebih dana kapitasi untuk mendukung penyelenggaraan program JKN di Indonesia

3. Pemerintah

   Penelitian ini diharapkan memberikan gambaran pelaksanaan kebijakan JKN di tingkat FKTP. Dana JKN yang dimanfaatkan FKTP diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Kualitas tersebut diharapkan dapat menjadi ukuran kinerja bagi *provider* kesehatan. Kinerja ini menjadi ukuran bagi pemerintah untuk terus meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kebijakan JKN.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan sosial sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin semua masyarakat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sedangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh badan penyelenggara jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial tersebut (Republik Indonesia, 2004a). Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, JKN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial yang dimaksud meliputi :

1) Kegotongroyongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, yang berisiko tinggi dan rendah
2) Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
3) Iuran berdasarkan persentase upah atau penghasilan
4) Bersifat nirlaba

Penyelenggaraan JKN berpedoman pada peta jalan yang telah ditetapkan sebagai pegangan bagi semua pihak untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan JKN demi mencapai cakupan universal untuk seluruh penduduk Indonesia. Peta jalan JKN mengacu pada 6 aspek yang diperhatikan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, yaitu aspek regulasi atau peraturan perundang-undangan, aspek kepesertaan, aspek keuangan, aspek manfaat dan iuran, aspek pelayanan kesehatan, dan aspek kelembagaan dan organisasi. Hal tersebut disesuaikan dengan 3 dimensi yang dirumuskan WHO dalam pencapaian *universal coverage*, yaitu besar persentase penduduk yang dijamin, kelengkapan pelayanan kesehatan yang dijamin, dan besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk (Siswoyo, Prabandari, & Hendrartini, 2015).

B. Model Pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional

Mekanisme pembiayaan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dibagi dalam beberapa model pembayaran sesuai dengan jenis

fasilitas pelayanan kesehatan. Sistem ini memiliki masing-masing hukum yang menaungi, di mana regulasi yang ada terkait dengan masing-masing model pembayaran ini akan menjadi acuan bagi pengelola dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan. Pembayaran ini secara hukum dikelola dan dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, cara pembayaran fasilitas kesehatan secara umum dibagi menjadi 2 (dua) model, yaitu kapitasi dan INA-CBG's (Republik Indonesia, 2013). Selain dua model ini, BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran dengan mekanisme Klaim Non Kapitasi. Model pembayaran Kapitasi dan Klaim Non Kapitasi berlaku pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Sedangkan untuk model pembayaran INA-CBG's berlaku pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL).

Dalam model pembayaran kapitasi dan klaim non kapitasi, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dibagi menjadi dua jenis, yaitu FKTP yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan FKTP yang sudah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) (Republik Indonesia, 2014b). Pada FKTP dengan PPK-BLUD, maka mekanisme pengelolaan dan pemanfaatan dana baik kapitasi maupun non kapitasi sepenuhnya dilakukan berdasarkan ketentuan BLUD.

1. Model Pembayaran Kapitasi

Dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Republik Indonesia, 2014d). Untuk pengelolaannya, pada masing-masing FKTP memiliki Bendahara Dana Kapitasi JKN. Bendahara ini adalah pegawai negeri sipil yang ditunjuk untuk menjalankan fungsi menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan, dan mempertangungjawabkan dana kapitasi. Dana kapitasi JKN di FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Dimana untuk pembagian peruntukkan dana tersebut, jasa pelayanan kesehatan meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Jasa pelayanan kesehatan di FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

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 setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan 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 Kabupaten/Kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah (Republik Indonesia, 2014a). Sejak diundangkannya Perpres 32/2014 dan Permenkes 19/2014 dana Kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah.

2. Model Pembayaran Klaim Non Kapitasi

Pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

a. pelayanan ambulan;
b. pelayanan obat program rujuk balik;
c. pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik;
d. pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio;
e. rawat inap tingkat pertama;
f. pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter;
g. pelayanan KB berupa MOP/vasektomi;
h. kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat;
i. pelayanan darah di FKTP; dan
j. pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. Dana Non Kapitasi yang telah disetorkan ke Kas Daerah oleh FKTP dapat dimanfaatkan kembali dengan cara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus :

a. mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut;
b. membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan

3. Model Pembayaran Paket INA CBG's

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs). Sistem ini merupakan sebuah model pembayaran yang digunakan BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien (Republik Indonesia, 2014c). Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS. Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket INA CBGs di atur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis INA CBGs. Mekanisme pemanfaatan model pembayaran ini di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah sebagai berikut :

a. Rumah Sakit/Balai Non BLU/Non BLUD Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/pemerintah daerah yang belum berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya disesuaikan dengan ketentuan perundangan.

b. Rumah Sakit/Balai BLU/BLUD Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/pemerintah daerah yang berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya mengikuti ketentuan BLU/BLUD.

c. Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama Dana hasil pembayaran klaim,bagi Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

Besaran jasa pelayanan kesehatan di FKRTL milik Pemerintah dalam kisaran 30 - 50% (tiga puluh sampai dengan lima puluh persen) dari total pendapatan fasilitas kesehatan tersebut. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik swasta pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

4. Model Pembayaran di Luar Paket INA CBG's

Yaitu pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem di luar paket INA-CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan. Pembayaran di luar tarif paket INACBG diperuntukkan bagi beberapa item pelayanan tertentu meliputi alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET Scan, dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBGs (Republik Indonesia, 2016c).

C. Pengelolaan Dana Kapitasi

1. Dana Kapitasi

BPJS kesehatan menghimpun iuran yang dibayar oleh masyarakat yang telah mendaftarkan diri sebagai peserta program JKN. Selanjutnya BPJS, 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 pelayanan 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 (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Republik Indonesia, 2014d).

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 perorangan, rumah sakit, dan puskesmas (Republik Indonesia, 2014d). Permenkes 28 tahun 2014 menyebutkan 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 stara (Republik Indonesia, 2014b).

Mekanisme 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 setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan 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 Kabupaten/Kota yang selanjutnya disetor ke kas daerah 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.

2. Perencanaan dan Penganggaran Dana Kapitasi

Perencanaan merupakan suatu proses mengembangkan dan menentukan upaya/tindakan di masa depan yang telah ditetapkan melalui urutan pilihan dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia (Republik Indonesia, 2004b). Perencanaan dan penganggaran dalam pembangunan daerah sangat diperlukan agar pembangunan daerah dapat berjalan dengan efisien, efektif, tepat pada sasaran, dan berkelanjutan dengan mamanfaatkan sumber daya yang ada secara optimal pada tingkat daerah. Pembangunan daerah juga harus dapat berjalan dengan sinergi, terintegrasi, dan terpadu, baik antar wilayah, antar sektor, maupun antar tingkat pemerintahan. Koordinasi dalam perencanaan dan penganggaran pembangunan daerah, baik yang bersifat horizontal maupun vertikal, dilakukan melalui mekanisme Musrenbang. Dalam Musrenbang, pelibatan seluruh stakeholders dan partisipasi publik adalah kunci utama dalam upaya mengefektifkan dan mengoptimalkan proses perencanaan dan penganggaran dalam pembangunan daerah.

Pendekatan Anggaran Berbasis Kinerja (ABK)

Model penganggaran di daerah menggunakan Anggaran Berbasis Kinerja (ABK). ABK merupakan suatu pendekatan dalam sistem penganggaran yang memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dan kinerja yang diharapkan, serta memperhatikan efisiensi dalam pencapaian kinerja tersebut. Yang dimaksud kinerja adalah prestasi kerja yang berupa keluaran dari suatu Kegiatan atau hasil dari suatu Program dengan kuantitas dan kualitas yang terukur. Untuk kesehatan indikator kinerja yang biasanya digunakan adalan Standar Pelayanan Minimal (SPM). SPM terakhir kali terbit yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang SPM yang dirubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Republik Indonesia, 2016b).

Dasar hukum yang digunakan penerapan ABK meliputi:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara.
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2004 Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga (RKA-KL)
6. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah.
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah junto Peraturan Menteri Daalm Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah junto Peraturan Menteri Daalm Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang

Perubahan kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

Pemerintah Daerah menggunakan pendekatan ABK sebagai metode penganggaran di daerah yang berpedoman pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006. Permendagri ini direvisi dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007. Peraturan ini direvisi kembali dengan terbitnya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Republik Indonesia, 2011a). Selain itu Pemerintah daerah juga berpedoman pada Permendagri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah. Berbeda dengan penganggaran secara tradisional, ABK disusun berdasarkan orientasi keluaran. Pemikiran yang terjadi adalah "*apa yang ingin dicapai* ". Efisiensi pada pendekatn ABK juga akan terjadi karena penggunaan dana juga akan disertai hasil kerja yang dihasilkan. ABK juga memiliki siklus anggaran. Sama seperti tradisional, siklus ABK terdiri dari beberapa tahap (fase) yaitu: (1) Tahap penyusunan anggaran, (2) Tahap pengesahan anggaran, (3) Tahap pelaksanaan anggaran, (4) Tahap pengawasan pelaksanaan anggaran, (5) Tahap pengesahan perhitungan anggaran. Untuk dapat menyusun ABK terlebih dahulu harus menyusun perencanaan stratejik (Renstra). Permendagri Nomor 54 Tahun 2010 menekankan pedoman pembuatan Renstra yang disusun dengan obyektif dan melibatkan seluruh komponen yang ada di dalam pemerintahan dan masyarakat. Renstra digunakan untuk mencapai kinerja yang diharapkan. Resntra ini lah yang menjelaskan kinerja yang akan dicapai selama 5 tahun.

Salah satu aspek yang diukur dalam penilaian kinerja pemerintah daerah adalah aspek keuangan berupa ABK. Untuk melakukan suatu pengukuran kinerja perlu ditetapkan indikator-indikator terlebih dahulu antara lain indikator masukan (input) berupa dana, sumber daya manusia dan metode kerja. Agar input dapat diinformasikan dengan akurat dalam suatu anggaran, maka perlu dilakukan penilaian terhadap kewajarannya. Dalam menilai kewajaran input dengan keluaran (output) yang dihasilkan, peran Analisa Standar Biaya (ASB) sangat diperlukan. ASB adalah penilaian kewajaran atas beban kerja dan biaya yang digunakan untuk melaksanakan suatu kegiatan.

Gambar 1. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Pusat Dan Daerah
Sumber: Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003, Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004, Undang-undang Nomor 15 Tahun 2004, dan Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004

3. Pemanfaatan dan Pengelolaan Dana

Pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara pengganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan. Bagi FKTP yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), pengelolaan dan pemanfataan dana kapitasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. Dana kapitasi yang telah masuk ke kas daerah dapat dimanfaatkan oleh FKTP milik pemerintah daerah dengan syarat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut dan membuat serta mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan. Dana kapitasi di FKTP dimanfaatkan untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi :

a. upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk kegiatan ini dana yang ada antara lain dapat

dibelanjakan seperti biaya makan-minum, jasa profesi narasumber, foto kopi bahan, servis ringan alat kesehatan, perjalanan,

b. kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti perjalanan, uang harian,

c. operasional untuk puskesmas keliling. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti bahan bakar minyak (BBM), penggantian oli, suku cadang kendaraan pusling,

d. bahan cetak atau alat tulis kantor,

e. administrasi keuangan dan sistem informasi. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti perjalanan, uang harian, foto kopi bahan, belanja piranti keras dan piranti lunak dalam mendukung implementasi sistem informasi JKN, biaya operasionalsistem informasi (Republik Indonesia, 2014b)

4. Pencairan dan Peruntukan Dana Kapitasi

Mekanisme pencairan dana di daerah mengikuti aturan Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah. Untuk pencairan Puskesmas maupun Dinas Kesehatan membutuhkan Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D). SP2D adalah dokumen yang digunakan sebagai dasar pencairan dana yang diterbitkan oleh BUD berdasarkan Surat Perintah Membayar (SPM). SPM adalah dokumen yang digunakan/diterbitkan oleh pengguna anggaran/kuasa pengguna anggaran untuk penerbitan SP2D atas beban pengeluaran Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA)-Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD). Peruntukan dana biasanya dipergunakan untuk program dan kegiatan. Program adalah penjabaran kebijakan SKPD dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan misi SKPD. Sedangkan kegiatan adalah bagian dari program yang dilaksanakan oleh satu atau lebih unit kerja pada SKPD sebagai bagian dari pencapaian sasaran terukur pada suatu program dan terdiri dari sekumpulan tindakan pengerahan sumber daya baik yang berupa personil (sumber daya manusia), barang modal termasuk peralatan dan teknologi, dana, atau kombinasi dari beberapa atau kesemua jenis sumber daya tersebut sebagai masukan *(input)* untuk menghasilkan keluaran *(output)* dalam bentuk barang/jasa (Republik Indonesia, 2011a).

Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi untuk

pembayaran jasa pelayanan kesehatan untuk tiap FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan Dana Kapitasi. Alokasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan ditetapkan sebesar selisih dari besar dana kapitasi dikurangi dengan besar alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan. Besaran alokasi ditetapkan setiap tahun dengan Keputusan Kepala Daerah atas usulan Kepala SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan tunjangan yang telah diterima dari Pemerintah Daerah, kegiatan operasional pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai target kinerja di bidang pelayanan kesehatan, dan kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.

Alokasi dana kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP. Tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan meliputi Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, dan pegawai tidak tetap, yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pembagian jasa pelayanan kesehatan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel jenis ketenagaan dan/atau jabatan dan kehadiran. Sedangkan alokasi dana kapitasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, dan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya

5. Pertanggungjawaban Dana Kapitasi

Pertanggungjawaban merupakan laporan terkait penggunaan uang negara. Pertanggungjawaban yang dimaksud biasanya merupakan suatu bentuk entitas pelaporan. Entitas pelaporan adalah unit pemerintahan yang terdiri atas satu atau Iebih entitas akuntansi yang menurut ketentuan peraturan perundang-undangan wajib menyampaikan laporan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan (Republik Indonesia, 2011a). Pembuatan laporan pertanggungjawaban merupakan kewenangan bendahara pengeluaran atau akuntansi. Bendahara pengeluaran adalah pejabat fungsional yang ditunjuk menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan, dan mempertanggungjawabkan uang untuk keperluan belanja daerah dalam rangka pelaksanaan APBD pada SKPD. Adapun yang bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi adalah kepala FKTP (Republik Indonesia, 2014d).

6. Sisa Lebih Dana Kapitasi

Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah yang diatur di dalam Permendagri Nomor 21 Tahun 2011 juga mengatur tentang sisa lebih dana. Sisa lebih dana ini dikenal dengan nama SILPA. Sisa Lebih Perhitungan Anggaran (SiLPA) adalah selisih lebih realisasi penerimaan dan pengeluaran anggaran selama satu periode anggaran. Terkait dengan dana kapitasi, sisa lebih dana merupakan sisa dari besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang belum habis termanfaatkan oleh FKTP di bulan atau tahun yang bersangkutan. Sisa dana kapitasi dapat berupa jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional (belanja obat, alat kesehatan, belanja medis habis pakai). Sisa lebih dana kapitasi menurut Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 merupakan pendapatan dana kapitasi yang tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berjalan (Republik Indonesia, 2016a).

D. Kinerja Pelayanan Kesehatan

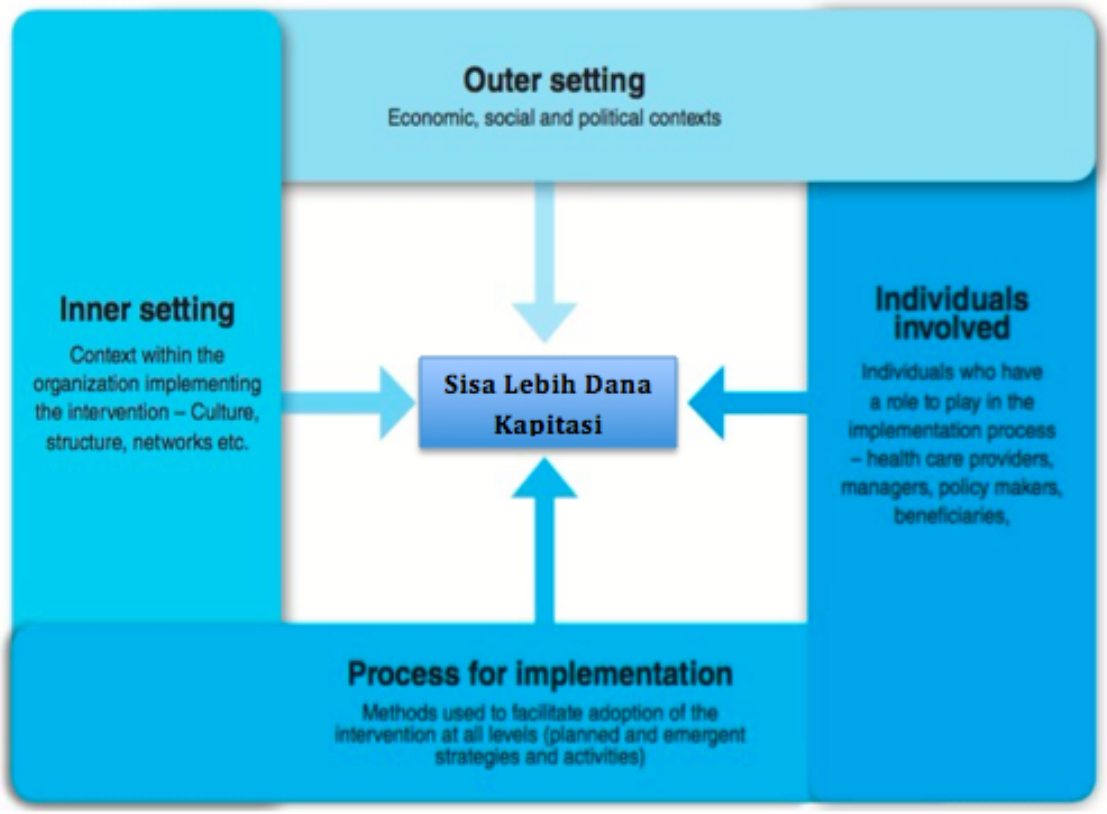
Fasilitas kesehatan primer sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat 1 memiliki fungsi utama sebagai kontak pertama *(first contact),* pelayanan berkelanjutan *(continuity)*, pelayanan paripurna *(comprehensiveness)*, dan koordinasi pelayanan *(coordination)* (Starfield, 1998). Berdasarkan keempat fungsi pokok tersebut, BPJS Kesehatan mengembangkan *gatekeeper concept*, yaitu konsep sistem pelayanan kesehatan di mana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Tujuan implementasi *gatekeeper concept* adalah untuk mengoptimalkan peran FKTP dalam sistem pelayanan kesehatan, mengoptimalkan fungsi FKTP untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kompetensinya, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di FKRTL dengan melakukan penapisan pelayanan yang perlu dirujuk sehingga mengurangi beban kerja rumah sakit, menata sistem rujukan, dan meningkatkan kepuasan peserta dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (BPJS Kesehatan, 2014). Indikator performa FKTP dalam *gatekeeper concept* adalah (1) *functional indicator* meliputi *first contact* dan *continuity,* (2) *clinical indicator* meliputi luaran kesehatan peserta dan kepatuhan teradap panduan klinis, dan (3) *financial indicator* meliputi angka rujukan dan kunjungan (Budiarto & Oktarina, 2016).

BPJS Kesehatan memperkuat konsep tersebut dengan menerbitkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015

tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama per 1 Agustus 2015. Tujuan peraturan ini adalah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan jaminan kesehatan dengan menerapkan sistem kendali mutu pelayanan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan melalui pola pembayaran kapitasi kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama (BPJS Kesehatan, 2015b). Pemenuhan komitmen pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) peraturan ini dinilai berdasarkan pencapaian indikator dalam komitmen pelayanan yang dilakukan FKTP yang meliputi Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP (RPPB).

BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Proses pelaksanaan JKN memungkinkan terjadinya hubungan antarfaktor yang mempengaruhi hasil pelaksanaan kebijakan. Pendekatan dan metode yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk memfasilitasi intervensi yang digunakan di semual level organisasi. Termasuk dalam perencanaan strategi dan aktifitas yang dilakukan. Proses ini meliputi aktivitas yang direncanakan dan aktivitas yang tiba-tiba muncul pada saat pelaksanaan (World Health Organization, 2014).



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

Sumber: (World Health Organization, 2014)

BAB IV
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Studi kasus dengan rancang bangun *cross sectional* (Turner, Yansaneh, & Jambwa, 2008) ini bertujuan untuk menganalisis dan menggali lebih dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD. Studi kasus berusaha memperoleh pemahaman mendalam yang bersandarkan pada bukti, baik yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif. Rancang bangun *cross sectional* dipiih karena waktu pengumpulan data dan informasi dilakukan pada waktu tertentu yang bersamaan. Unit analisis yang menjadi subjek penelitian yaitu Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Bappeda, dan DPPKAD Kabupaten/ Kota yang ditentukan secara *multistage random sampling* dari 13 regional berdasarkan alokasi anggaran APBN/ APBD, total dana kapitasi yang didapatkan, tingkat utilisasi, dan kondisi geografis.

Studi kasus berusaha memperoleh pemahaman mendalam yang bersandarkan pada bukti, baik yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif. Variabel penelitian dianalisis dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif melalui beberapa tahap sebagai berikut :

1. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menganalisis alokasi dana kapitasi, total penerimaan dana kapitasi berdasarkan jumlah kepesertaan, sisa lebih dana kapitasi, tatakala pencairan dana, sampai dengan capaian kinerja atau komitmen pelayanan bagi peserta JKN.
2. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menganalisis pengelolaan sisa lebih dana kapitasi baik dari sudut pandang proses, kendala, maupun alternatif solusi di daerah studi. Ruang lingkup analisis mencakup penganggaran sampai dengan pelaksanaan dan pertanggungjawaban.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di 13 regional dengan unit analisis yang ditentukan secara *multistage random sampling*. Unit analisis yang menjadi subjek penelitian yaitu Puskesmas BLUD dan Non BLUD dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Bappeda, dan DPPKAD Kabupaten/ Kota berdasarkan alokasi anggaran APBN/ APBD, total dana kapitasi yang didapatkan, tingkat utilisasi, dan kondisi geografis. Waktu yang digunakan untuk proses pengambilan data dilakukan selama 2 bulan, yaitu bulan Juni - Juli 2016.

C. Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam kajian ini adalah yang termasuk dalam unit analisis, yaitu dari puskesmas, Dinas Kesehatan, BPKAD, dan Bappeda di masing-masing kabupaten dan kota terpilih. Penelitian ini akan dilakukan di 26 kabupaten/kota dengan dibagi ke dalam 13 regional di seluruh Indonesia. Subyek penelitian dipilih dengan mempertimbangkan tujuan dari pengumpulan data, sehingga hasilnya kebutuhan data dan informasi akan dapat dipenuhi dan dilakukan analisis lebih lanjut.

Unit analisis yang menjadi subjek penelitian yaitu Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Bappeda, dan DPPKAD kabupaten/ kota. Perhitungan besaran sampel mempertimbangkan tingkat kepercayaan α = 5% (z= 1,96); margin error = 0,1; design effect = 1; dan response rate = 0,76 dengan rumus :

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot N \cdot q}{N \cdot p \cdot e^2 + Z^2_{\alpha/2} \cdot q} \times deff \times \frac{1}{r}$$

Sehingga didapatkan jumlah sampel penelitian sekitar 492 subjek penelitian yang diwakili oleh kepala atau pimpinan Puskesmas, pengelola jaminan kesehatan, atau kepala tata usaha di instansi yang terkait. Adapun distribusi sampel hasil mapping di tiap daerah sebagai berikut:

Tabel 1. Daerah Studi Subjek Penelitian

Reg	Provinsi	Kab/ Kota	Puskesmas		Dinkes	Bappeda	DPPKAD	Ket
			BLUD	Non BLUD				
I	SUMATERA UTARA	KAB. DELI SERDANG	0	4	2	3	3	Rural
		KOTA MEDAN	0	11	5	5	5	Urban
II	KEPULAUAN RIAU	KAB. BINTAN (KEPRI)	5	0	2	3	3	Rural
		KOTA TANJUNG PINANG	0	7	6	6	6	Urban
III	SUMATERA SELATAN	KAB. BANYUASIN	0	4	2	3	3	Rural
		KOTA PALEMBANG	16	0	5	5	5	Urban
IV	BANTEN	KOTA TANGERANG	0	11	5	5	5	Urban
	DKI JAKARTA	KOTA JAKARTA BARAT	16	0	5	5	5	Urban
V	JAWA BARAT	KAB. CIAMIS	0	4	3	2	3	Rural
		KOTA BANJAR	0	10	5	5	5	Urban
VI	JAWA TENGAH	KAB. BANYUMAS	39	0	2	2	2	Rural
		KAB. CILACAP	0	3	3	3	2	Rural
VII	JAWA TIMUR	KAB. BANYUWANGI	0	4	3	3	3	Rural
		KAB. JEMBER	0	4	3	3	3	Rural
VIII	KALIMANTAN TIMUR	KAB. PASIR UTARA	0	4	3	3	3	Rural
		KOTA BALIKPAPAN	7	4	5	5	5	Urban
IX	SULAWESI SELATAN	KAB. SOPPENG	0	4	3	2	3	Rural
		KOTA MAKASSAR	0	11	5	5	5	Urban
X	SULAWESI TENGAH	KAB. POSO	0	4	3	3	3	Rural
		KAB. SIGI	0	4	3	3	3	Rural
XI	BALI	KAB. JEMBRANA	10	0	2	2	2	Rural
		KAB. KLUNGKUNG	0	3	3	3	2	Rural
XII	PAPUA	KAB. BIAK NUMFOR	0	4	3	3	3	Rural
		KAB. YAPEN	0	4	3	3	2	Rural
XIII	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG SELATAN	0	4	3	2	3	Rural
		KOTA BANDAR LAMPUNG	15	0	5	5	5	Urban
13 regional		**26 kab/ kota**			**Rural**	**Urban**		
			Puskesmas		108	108		
			Dinas Kesehatan		46	46		
			Bappeda		46	46		
			DPPKAD		46	46		

Kriteria Inklusi

Sampel Puskesmas memiliki kriteria inklusi sebagai unit analisis yang pernah mengalami sisa lebih dana kapitasi. Walaupun Puskesmas yang tidak mengalami sisa lebih dana kapitasi atau bahkan kurang (minus) akan di-*drop out*, namun informasi tersebut akan tetap dilaporkan sebagai informasi tambahan untuk mendukung analisis data dan pembahasan.

D. Identifikasi Variabel Penelitian

Sasaran penelitian dalam studi kasus dapat berupa manusia, peristiwa, aktivitas, proses, latar, program dan dokumen. Oleh karena itu, ruang lingkup variabel yang akan masuk dalam pertanyaan adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik dan demografi FKTP
2. Jumlah kepesertaan JKN
3. Besaran kapitasi POPB
4. Pembayaran dana kapitasi
    a. Mekanisme pencairan dana
    b. Waktu pencairan dana
5. Pemanfaatan dana kapitasi
    a. Pemanfaatan dana bagi peserta
    b. Alokasi jasa pelayanan
    c. Dukungan biaya operasional (anggaran dana kapitasi 2014 dan 2015)
6. Pengelolaan sisa lebih dana kapitasi
    a. Tata cara penganggaran
    b. Pelaksanaan dan tatausaha
    c. Pertanggungjawaban
7. Kinerja atau komitmen pelayanan
    a. Angka kontak (sehat dan sakit)
    b. Rasio rujukan non spesialistik
    c. Tingkat utilisasi (sehat dan sakit)
    d. Rasio utilisasi peserta prolanis

E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data di 26 kabupaten/ kota yang mewakili Divre I s/d XIII ini menggunakan kuesioner dan pedoman FGD yang telah dirancang dengan beberapa pertanyaan terbuka dan tertutup. Penelitian ini menggunakan dua pendekatan yaitu kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif menggunakan form/kuesioner yang berkaitan dengan data-data sekunder yang akan dikumpulkan melalui Puskesmas. Sedangkan untuk pendekatan kualitatif, dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) dan *indepth interview*, maka instrumen dalam penelitian ini adalah dari pewawancara sendiri yang akan dipandu dengan adanya pedoman wawancara, baik untuk pertanyaan-pertanyaan dalam *Focus Group Discussion* (FGD) maupun *indepth interview.*

F. Teknik Analisis Data

Langkah-langkah dalam analisis data:

a. Data Kualitatif

1. Pembuatan matrik. Matriks data digunakan untuk merekap pertanyaan dan jawaban dari data kualitatif.
2. Hasil wawancara akan ditranskip dengan bantuan enumerator.
3. Hasil wawancara yang telah ditranskip diinput ke dalam matriks.
4. Hasil matriks merupakan hasil wawancara responden dan dibuatkan koding.
5. Pembuatan koding yang digunakan untuk mengkodekan jawaban-jawaban responden dan direkap.
6. Hasil koding jawaban kualitatif dihitung dan dibuat grafik dengan menggunakan pivot tabel.
7. Terdapat dua hasil analisis kualitatif yaitu kuotase wawancara dan hasil *pivot table.*

b. Analisis Kuantitatif

1. Data sekunder dikumpulkan melalui media *copy* elektronik dan *copy* file
2. Perhitungan hasil dari data sekunder menggunakan standar yang ada.
3. Menggunakan *sofware* STATA untuk menganalisis hubungan antar variabel.
4. Hasil analisis hubungan dengan *software* STATA dinarasikan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi

Distribusi kapasitas pemanfaatan dana kapitasi pada tahun 2014 ditunjukkan dalam tabel 2 sebagai berikut.

Tabel 2. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi Tahun 2014

Variabel	2014							
	Status PKM		Geografis PKM		PKM Rural		PKM Urban	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)
Disitribusi Kepesertaan								
> 20.000	15,22	13,16	-	18,18	-	-	20,00	16,13
15.001 – 20.000	8,70	5,26	5,56	7,58	9,09	-	8,57	6,45
5.001 - 15.000	23,91	44,74	44,44	30,30	27,27	71,43	22,86	38,71
< 5.000	52,17	36,84	50,00	43,94	63,64	28,57	48,57	38,71
p-value	0,2410		0,2290		0,1680		0,5810	
Penerimaan Dana Kapitasi								
Q1	32,20	16,95	39,13	21,05	50,00	22,22	26,67	16,00
Q2	22,03	28,81	30,43	24,21	28,57	33,33	20,00	28,00
Q3	18,64	30,51	17,39	26,32	14,29	22,22	20,00	32,00
Q4	27,12	23,73	13,04	28,42	7,14	22,22	33,33	24,00
p-value	0,1610		0,1670		0,5170		0,2690	
Alokasi Jasa Pelayanan								
<60%	26,83	28,26	29,41	27,14	18,18	50,00	30,00	25,00
60% - 75%	48,78	19,57	23,53	35,71	27,27	16,67	56,67	20,00
>75%	24,39	52,17	47,06	37,14	54,55	33,33	13,33	55,00
p-value	0.007		0,6130		0,3880		0,0010	
Alokasi Dukungan Biaya Operasional								
>40%	24,39	52,17	47,06	37,14	54,55	33,33	13,33	55,00
25% - 40%	48,78	19,57	23,53	35,71	27,27	16,67	56,67	20,00
<25%	26,83	28,26	29,41	27,14	18,18	50,00	30,00	25,00
p-value	0.007		0,6130		0,3880		0,0010	
Distribusi Kapitasi Aktual								
Q1	25,00	25,00	31,82	23,08	35,71	25,00	20,59	25,00
Q2	27,08	23,08	18,18	26,92	21,43	12,50	29,41	25,00
Q3	18,75	30,77	27,27	24,36	21,43	37,50	17,65	29,55
Q4	29,17	21,15	22,73	25,64	21,43	25,00	32,35	20,45
p-value	0,5200		0,7610		0,8210		0,4800	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 2 menunjukkan kapasitas pemanfaatan dana kapitasi yang meliputi variabel distribusi kepesertaan, penerimaan dana kapitasi, alokasi jasa pelayanan, alokasi dukungan biaya operasional, dan distribusi kapitasi aktual pada tahun 2014. Tabel 2 memberikan informasi bahwa berdasarkan status puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki jumlah peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Hal ini ditunjukkan besarnya proporsi kategori peserta kurang dari 5.000 pada Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Pola yang sama ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Puskesmas perkotaan cenderung memiliki peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, di kawasan pedesaan pun Puskesmas BLUD cenderung memiliki peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD, meskipun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Demikian halnya di kawasan perkotaan, meskipun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan akan tetapi Puskesmas BLUD cenderung memiliki peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD.

Ditinjau dari aspek penerimaan kapitasi, Puskesmas BLUD cenderung terdistribusi di kuintil 3, berbeda dengan Puskesmas Non-BLUD yang cenderung berada di kuintil satu. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Pola yang serupa ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Puskesmas perkotaan cenderung terdistribusi di kuintil 4, berbeda dengan Puskesmas pedesaan yang cenderung berada di kuintil satu. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, di kawasan pedesaan pun Puskesmas Non-BLUD sebagian besar terdistribusi di kuintil satu. Berbeda dengan Puskesmas BLUD yang cenderung terdistribusi cukup beragam baik di kuintil 1, 2, 3 maupun 4, meskipun secara statisik perbedaan antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD di kawasan pedesaan ini tidak signifikan. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD di kawasan perkotaan cenderung terdistribusi di kuintil 4, sedangkan Puskesmas BLUD cenderung berada di kuintil 3. Meskipun demikian, Puskesmas Non-BLUD di kawasan perkotaan memiliki proporsi kuintil satu yang lebih besar dari pada proporsi kuintil satu Puskesmas BLUD perkotaan, dan secara statistik perbedaan ini tidak bermakna.

Ditinjau dari aspek alokasi jasa pelayanan, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung mengalokasikan dana kapitasi sekitar 60%

sampai dengan 75% untuk jasa pelayanan. Berbeda dengan Puskesmas BLUD yang cenderung mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75%. Perbedaan alokasi jasa pelayanan antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD ini bermakna secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik di pedesaan maupun perkotaan, proporsi Puskesmas yang mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75% lebih banyak dari pada yang mengalokasikan kurang dari 75%. Secara statistik kondisi ini tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD di pedesaan sebagian besar mengalokasikan lebih dari 75% dana kapitasi untuk jasa pelayanan. Berbeda dengan Puskesmas BLUD pedesaan yang sebagian besar mengalokasikan jasa pelayanan kurang dari 60%. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD perkotaan sebagian besar mengalokasikan jasa pelayanan sekitar 60% sampai dengan 75%, sedangkan Puskesmas BLUD perkotaan sebagian besar mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75%. Perbedaan alokasi jasa pelayanan antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD di kawasan perkotaan ini signifikan secara statistik.

Ditinjau dari aspek dukungan biaya operasional, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung mengalokasikan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional sekitar 25% sampai dengan 40%. Berbeda dengan Puskesmas BLUD yang yang cenderung mengalokasikan dukungan biaya operasional lebih dari 40%. Perbedaan alokasi dukungan operasional berdasarkan status Puskesmas ini signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh dukungan biaya operasional berdasarkan kategori geografis. Baik di pedesaan maupun di perkotaan, proporsi Puskesmas yang mengalokasikan dukungan operasional lebih dari 40% lebih banyak daripada yang mengalokasikan kurang dari 40%. Secara statistik kondisi ini tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD pedesaan sebagian besar mengalokasikan dukungan biaya operasional lebih dari 40%, sedangkan Puskesmas BLUD pedesaan sebagian besar mengalokasikan dukungan biaya operasional kurang dari 25%. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD perkotaan cenderung mengalokasikan dukungan biaya operasional sekitar 25% sampai dengan 40%. Berbeda dengan Puskesmas BLUD perkotaan yang sebagian besar mengalokasikn dukunga biaya operasional lebih dari

40%. Perbedaan alokasi dukungan operasional antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD di kawasan perkotaan ini signifikan secara statistik.

Ditinjau dari aspek distribusi kapitasi aktual, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung memiliki kapitasi aktual yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD, yaitu ditunjukkan dengan besarnya proporsi kuintil 4 kapitasi aktual pada Puskesmas Non-BLUD dibandingkan dengan proporsi kuintil 4 Puskesmas BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Berdasarkan kategori geografis, Puskesmas perkotaan cenderung memiliki kapitasi aktual yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas pedesaan. Hal ini ditunjukkan dengan besarnya proporsi kuintil 1 kapitasi aktual pada Puskesmas pedesaan. Namun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki kapitasi aktual yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 3 kapitasi aktual Puskesmas BLUD pedesaan dan besarnya proporsi kuintil 1 kapitasi aktual Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh wilayah perkotaan, justru Puskesmas Non-BLUD perkotaan yang cenderung memiliki proporsi kuintil 4 kapitasi aktual yang lebih besar dibandingkan dengan proporsi kuintil 4 kapitasi aktual Puskesmas BLUD perkotaan. Namun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik.

Adapun distribusi kapasitas pemanfaatan dana kapitasi pada tahun 2015 ditunjukkan dalam tabel 3 sebagai berikut.

Tabel 3. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi Tahun 2015

Variabel	2015							
	Status PKM		Geografis PKM		PKM Rural		PKM Urban	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)
Disitribusi Kepesertaan								
> 20.000	12,00	17,02	5,00	16,88	-	11,11	15,38	18,42
15.001 – 20.000	10,00	8,51	5,00	10,39	9,09	-	10,26	10,53
5.001 - 15.000	30,00	34,04	45,00	28,57	27,27	66,67	30,77	26,32
< 5.000	48,00	40,43	45,00	44,16	63,64	22,22	43,59	44,74
p-value	0,8210		0,3350		0,1310		0,9700	
Penerimaan Dana Kapitasi								
Q1	34,43	16,13	41,67	21,21	57,14	20,00	27,66	15,38
Q2	21,31	27,42	25,00	24,24	21,43	30,00	21,28	26,92
Q3	19,67	32,26	20,83	27,27	14,29	30,00	21,28	32,69
Q4	24,59	24,19	12,50	27,27	7,14	20,00	29,79	25,00
p-value	0,0930		0,1550		0,3120		0,3250	
Alokasi Jasa Pelayanan								
<60%	38,18	30,61	31,58	35,29	38,46	16,67	38,10	32,56
60% - 75%	36,36	32,65	21,05	37,65	15,38	33,33	42,86	32,56
>75%	25,45	36,73	47,37	27,06	46,15	50,00	19,05	34,88
p-value	0,4490		0,1850		0,5330		0,2530	
Alokasi Dukungan Biaya Operasional								
>40%	25,45	36,73	47,37	27,06	46,15	50,00	19,05	34,88
25% - 40%	36,36	32,65	21,05	37,65	15,38	33,33	42,86	32,56
<25%	38,18	30,61	31,58	35,29	38,46	16,67	38,10	32,56
p-value	0,4490		0,1850		0,5330		0,2530	
Distribusi Kapitasi Aktual								
Q1	26,53	25,00	23,81	26,19	16,67	33,33	29,73	23,40
Q2	22,45	26,79	19,05	26,19	25,00	11,11	21,62	29,79
Q3	18,37	30,36	33,33	22,62	33,33	33,33	13,51	29,79
Q4	32,65	17,86	23,81	25,00	25,00	22,22	35,14	17,02
p-value	0,2560		0,7600		0,7680		0,1120	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 3 menunjukkan kapasitas pemanfaatan dana kapitasi yang meliputi variabel distribusi kepesertaan, penerimaan dana kapitasi, alokasi jasa pelayanan, alokasi dukungan biaya operasional, dan distribusi kapitasi aktual pada tahun 2015. Tabel 3 memberikan informasi bahwa berdasarkan status puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki jumlah peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Hal ini ditunjukkan oleh lebih besarnya proporsi kategori peserta lebih dari 20.000 pada Puskesmas BLUD dibandingkan Puskesmas Non-BLUD. Selain itu, ditunjukkan pula oleh besarnya proporsi kategori peserta kurang dari 5.000 pada Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Pola yang sama ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Puskesmas perkotaan cenderung memiliki peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, di kawasan pedesaan pun Puskesmas BLUD cenderung memiliki peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD, meskipun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Demikian halnya di kawasan perkotaan, meskipun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan akan tetapi Puskesmas BLUD cenderung memiliki peserta yang lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD.

Ditinjau dari aspek penerimaan kapitasi, Puskesmas BLUD cenderung terdistribusi di kuintil 3, berbeda dengan Puskesmas Non-BLUD yang cenderung berada di kuintil satu. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Pola yang serupa ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Proporsi kuintil 4 penerimaan kapitasi pada Puskesmas perkotaan lebih besar dari pada proporsi kuintil 4 penerimaan kapitasi pada Puskesmas pedesaan. Selain itu, hal ini ditunjukkan pula oleh besarnya proporsi kuintil 1 penerimaan kapitasi pada Puskesmas pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, di kawasan pedesaan pun Puskesmas Non-BLUD sebagian besar terdistribusi di kuintil satu. Berbeda dengan Puskesmas BLUD yang cenderung terdistribusi cukup beragam baik di kuintil 1, 2, 3 maupun 4, meskipun secara statisik perbedaan antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD di kawasan pedesaan ini tidak signifikan. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD di kawasan perkotaan cenderung terdistribusi di kuintil 4, sedangkan Puskesmas BLUD cenderung berada di kuintil 3. Meskipun demikian, Puskesmas Non-BLUD di kawasan perkotaan memiliki proporsi kuintil satu yang lebih besar dari pada

proporsi kuintil satu Puskesmas BLUD perkotaan, dan secara statistik perbedaan ini tidak bermakna.

Ditinjau dari aspek alokasi jasa pelayanan, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung mengalokasikan dana kapitasi kurang dari 60% untuk jasa pelayanan. Berbeda dengan Puskesmas BLUD yang cenderung mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75%. Meskipun demikian, perbedaan alokasi jasa pelayanan antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD ini tidak bermakna secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Di pedesaan, proporsi Puskesmas yang mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75% lebih banyak dibandingkan dengan kategori yang sama di Puskesmas perkotaan. Sedangkan di perkotaan, Puskesmas cenderung mengalokasikan jasa pelayanan sekitar 60% sampai dengan 75%. Meskipun demikian, secara statistik kondisi ini tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD di pedesaan sebagian besar mengalokasikan lebih dari 75% dana kapitasi untuk jasa pelayanan. Pola yang sama ditunjukkan oleh Puskesmas BLUD pedesaan yang sebagian besar juga mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75%. Secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD perkotaan sebagian besar mengalokasikan jasa pelayanan sekitar 60% sampai dengan 75%, sedangkan Puskesmas BLUD perkotaan sebagian besar mengalokasikan jasa pelayanan lebih dari 75%. Meskipun demikian, perbedaan alokasi jasa pelayanan antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD di kawasan perkotaan ini tidak signifikan secara statistik.

Ditinjau dari aspek dukungan biaya operasional, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung mengalokasikan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional kurang dari 25%. Berbeda dengan Puskesmas BLUD yang yang cenderung mengalokasikan dukungan biaya operasional lebih dari 40%. Meskipun demikian, perbedaan alokasi dukungan operasional berdasarkan status Puskesmas ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Di pedesaan, sebagian besar Puskesmas cenderung mengalokasikan dukungan biaya operasional lebih dari 40%, sedangkan Puskesmas perkotaan cenderung mengalokasikan dukungan biaya operasional sekitar 25% sampai dengan 40%. Meskipun demikian, secara statistik kondisi ini tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD pedesaan sebagian besar mengalokasikan dukungan biaya operasional lebih dari 40%, demikian halnya dengan Puskesmas

BLUD pedesaan yang sebagian besar juga mengalokasikan dukungan biaya operasional lebih dari 40%. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD perkotaan cenderung mengalokasikan dukungan biaya operasional sekitar 25% sampai dengan 40%. Berbeda dengan Puskesmas BLUD perkotaan yang sebagian besar mengalokasikn dukunga biaya operasional lebih dari 40%. Meskipun demikian, perbedaan alokasi dukungan operasional antara Puskesmas Non-BLUD dan BLUD di kawasan perkotaan ini tidak signifikan secara statistik.

Ditinjau dari aspek distribusi kapitasi aktual, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung memiliki kapitasi aktual yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD, yaitu ditunjukkan dengan besarnya proporsi kuintil 4 kapitasi aktual pada Puskesmas Non-BLUD dibandingkan dengan proporsi kuintil 4 Puskesmas BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Berdasarkan kategori geografis, Puskesmas pedesaan cenderung memiliki kapitasi aktual yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas perkotaan. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya kuintil 3 dan 4 kapitasi aktual Puskesmas pedesaan. Namun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD pedesaan cenderung memiliki kapitasi aktual yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD pedesaan. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 3 dan 4 kapitasi aktual Puskesmas Non-BLUD pedesaan dan besarnya proporsi kuintil 1 kapitasi aktual Puskesmas BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini secara statistik tidak signifikan. Pola yang sama ditunjukkan oleh wilayah perkotaan. Puskesmas Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki proporsi kuintil 4 kapitasi aktual yang lebih besar dibandingkan dengan proporsi kuintil 4 kapitasi aktual Puskesmas BLUD perkotaan. Namun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik.

2. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitasi

Distribusi potensi sisa lebih dana kapitasi pada tahun 2014 ditunjukkan dalam tabel 4 sebagai berikut.

Tabel 4. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitas Tahun 2014

Variabel	2014							
	Status PKM		Geografis PKM		PKM Rural		PKM Urban	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)
Penerimaan Dana Non-Kapitasi								
Q1	33,33	17,39	20,00	26,47	14,29	33,33	42,86	15,00
Q2	19,05	30,43	20,00	26,47	14,29	33,33	21,43	30,00
Q3	19,05	30,43	20,00	26,47	28,57	-	14,29	35,00
Q4	28,57	21,74	40,00	20,59	42,86	33,33	21,43	20,00
p-value	0,4830		0,6700		0,6440		0,2630	
Penerimaan Dana APBN								
Q1	24,00	37,14	22,22	33,33	16,67	33,33	26,32	37,50
Q2	28,00	11,43	33,33	15,69	33,33	33,33	26,32	9,38
Q3	16,00	31,43	22,22	25,49	16,67	33,33	15,79	31,25
Q4	32,00	20,00	22,22	25,49	33,33	-	31,58	21,88
p-value	0,1570		0,6450		0,6820		0,2420	
Penerimaan Dana APBD								
Q1	13,04	31,58	20,00	25,49	40,00	-	5,56	36,36
Q2	21,74	26,32	10,00	27,45	20,00	-	22,22	30,30
Q3	26,09	23,68	30,00	23,53	20,00	40,00	27,78	21,21
Q4	39,13	18,42	40,00	23,53	20,00	60,00	44,44	12,12
p-value	0,2120		0,5430		0,2280		0,0190	
Penerimaan Retribusi Puskesmas								
Q1	43,75	18,37	26,67	24,00	33,33	22,22	50,00	17,50
Q2	31,25	24,49	40,00	22,00	66,67	22,22	10,00	25,00
Q3	18,75	26,53	13,33	28,00	-	22,22	30,00	27,50
Q4	6,25	30,61	20,00	26,00	-	33,33	10,00	30,00
p-value	0,0870		0,4510		0,1530		0,1330	
Sisa Lebih Dana Kapitasi								
Q1	44,23	5,88	42,11	21,43	61,54	-	38,46	6,67
Q2	28,85	21,57	15,79	27,38	15,38	16,67	33,33	22,22
Q3	13,46	37,25	10,53	28,57	7,69	16,67	15,38	40,00
Q4	13,46	35,29	31,58	22,62	15,38	66,67	12,82	31,11
p-value	0,0000		0,1140		0,0590		0,0000	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 4 menunjukkan potensi sisa lebih dana kapitasi yang meliputi variabel penerimaan dana non-kapitasi, penerimaan dana APBN, APBD, retribusi, dan sisa lebih dana kapitasi pada tahun 2014. Tabel 4 memberikan informasi bahwa berdasarkan status puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 1 penerimaan dana non-kapitasi Puskesmas Non-BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan geografis. Puskesmas pedesaan cenderung memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar dibandingkan Puskesmas perkotaan. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana non-kapitasi pada Puskesmas pedesaan. Akan tetapi, perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD pedesaan memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda terjadi di perkotaan. Meskipun secara statistik tidak signifikan, Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek penerimaan dana APBN, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung memilikI penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana APBN Puskesmas Non-BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas perkotaan cenderung memilikI penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas pedesaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas Non-BLUD pedesaan cenderung memiliki penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di kawasan perkotaan. Meskipun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, Puskesmas Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek penerimaan dana APBD, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung memilikI penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana APBD Puskesmas Non-BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas pedesaan cenderung memilikI penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas perkotaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda terjadi di kawasan perkotaan. Puskesmas Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD perkotaan dan secara statistik perbedaan ini signifikan.

Ditinjau dari aspek penerimaan retribusi, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan retribusi Puskesmas BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas perkotaan cenderung memilikI penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas pedesaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di kawasan perkotaan. Meskipun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek sisa lebih dana kapitasi, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 sisa lebih dana kapitasi Puskesmas BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas Non-BLUD. Secara statistik terdapat perbedaan pada kondisi ini.

Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas pedesaan cenderung memilikI sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas perkotaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di kawasan perkotaan. Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan dan secara statistik perbedaan ini signifikan.

Adapun distribusi potensi sisa lebih dana kapitasi pada tahun 2015 ditunjukkan dalam tabel 5. Tabel 5 menunjukkan potensi sisa lebih dana kapitasi yang meliputi variabel penerimaan dana non-kapitasi, penerimaan dana APBN, APBD, retribusi, dan sisa lebih dana kapitasi pada tahun 2015. Tabel 5 memberikan informasi bahwa berdasarkan status puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana non-kapitasi Puskesmas BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan geografis. Puskesmas pedesaan cenderung memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar dibandingkan Puskesmas perkotaan. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana non-kapitasi pada Puskesmas pedesaan. Akan tetapi, perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di perkotaan. Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana non-kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan, dan secara statistik perbedaan ini signifikan.

Tabel 5. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitasi Tahun 2015

Variabel	2015							
	Status PKM		Geografis PKM		PKM Rural		PKM Urban	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)
Penerimaan Dana Non-Kapitasi								
Q1	43,48	12,12	12,50	30,00	11,11	14,29	64,29	11,54
Q2	21,74	27,27	25,00	25,00	22,22	28,57	21,43	26,92
Q3	17,39	30,30	31,25	22,50	44,44	14,29	-	34,62
Q4	17,39	30,30	31,25	22,50	22,22	42,86	14,29	26,92
p-value	0,0630		0,5520		0,6200		0,0030	
Penerimaan Dana APBN								
Q1	35,00	17,39	75,00	14,29	80,00	66,67	20,00	10,00
Q2	40,00	26,09	-	40,00	-	-	53,33	30,00
Q3	5,00	30,43	-	22,86	-	-	6,67	35,00
Q4	20,00	26,09	25,00	22,86	20,00	33,33	20,00	25,00
p-value	0,1210		0,0020		0,6730		0,1820	
Penerimaan Dana APBD								
Q1	22,22	27,59	15,38	27,91	33,33	-	19,05	36,36
Q2	29,63	20,69	23,08	25,58	50,00	-	23,81	27,27
Q3	18,52	31,03	38,46	20,93	16,67	57,14	19,05	22,73
Q4	29,63	20,69	23,08	25,58	-	42,86	38,10	13,64
p-value	0,5870		0,5930		0,0210		0,2850	
Penerimaan Retribusi Puskesmas								
Q1	45,00	15,56	31,25	22,45	33,33	30,00	50,00	11,43
Q2	30,00	22,22	25,00	24,49	33,33	20,00	28,57	22,86
Q3	20,00	26,67	25,00	24,49	33,33	20,00	14,29	28,57
Q4	5,00	35,56	18,75	28,57	-	30,00	7,14	37,14
p-value	0,0150		0,8430		0,5040		0,0130	
Sisa Lebih Dana Kapitasi								
Q1	31,37	18,18	44,44	20,78	53,85	20,00	23,68	17,95
Q2	27,45	22,73	27,78	24,68	38,46	-	23,68	25,64
Q3	17,65	34,09	16,67	27,27	-	60,00	23,68	30,77
Q4	23,53	25,00	11,11	27,27	7,69	20,00	28,95	25,64
p-value	0,2230		0,1380		0,0110		0,8580	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Ditinjau dari aspek penerimaan dana APBN, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memilikI penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana APBN Puskesmas BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas pedesaan. Perbedaan ini signifikan secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di kawasan perkotaan. Meskipun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana APBN yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek penerimaan dana APBD, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas Non-BLUD cenderung memilikI penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan dana APBD Puskesmas Non-BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas pedesaan cenderung memilikI penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas perkotaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Perbedaan ini signifikan secara statistik. Pola yang berbeda terjadi di kawasan perkotaan. Meskipun secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan, Puskesmas Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan dana APBD yang lebih besar daripada Puskesmas BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek penerimaan retribusi, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 penerimaan retribusi Puskesmas BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas Non-BLUD. Perbedaan ini signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis.

Puskesmas perkotaan cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas pedesaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di kawasan perkotaan. Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki penerimaan retribusi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan, dan secara statistik perbedaan ini signifikan.

Ditinjau dari aspek sisa lebih dana kapitasi, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 3 dan 4 sisa lebih dana kapitasi Puskesmas BLUD dibandingkan dengan kategori yang sama pada Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan pada kategori Puskesmas berdasarkan kondisi geografis. Puskesmas pedesaan cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas perkotaan. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Perbedaan ini signifikan secara statistik. Pola yang sama terjadi di kawasan perkotaan. Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki sisa lebih dana kapitasi yang lebih besar daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan, meskipun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan.

Adapun hubungan antara variabel penelitian dengan sisa lebih dana kapitasi disajikan dalam tabel 6 sebagai berikut.

Tabel 6. Rangkuman Analisis Korelasi Antara Variabel Independen dengan Variabel Sisa Lebih Dana Kapitasi

Variabel	Nilai Korelasi *(p-value)*	
	2014	2015
Kepesertaan	0,0000*	0,0085*
Kapitasi	0,8547	0,0000*
Kapitasi Aktual	0,2166	0,0439*
Jasa Pelayanan	-0,0891	-0,0359*
Non Kapitasi	0,1779	-0,0168*
Geografis	0,3368	0,0317*
APBN	0,0664	-0,0301*
APBD	0,1420	-0,2444
Retribusi	0,0399*	-0,0129*
Waktu Pelayanan	0,0018*	-0,0417*
Dokter : Peserta	0,0292*	0,0079*
Rasio Utilisasi	0,1682	-0,0397*
Angka Kontak	-0,0224*	-0,3186
Jenis PKM	0,0000*	0,2670
Beban Kerja	0,9743	0,2677
Rasio Rujukan	0,2212	0,1858
Kunjungan Prolanis	-0,5529	-0,2405

*signifikan pada α = 0,05

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 6 menunjukkan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen berupa sisa lebih dana kapitasi. Tabel 6 memberikan informasi bahwa pada tahun 2014, variabel yang berhubungan dengan sisa lebih dana kapitasi adalah kepesertaan, retribusi, waktu pelayanan, rasio dokter terhadap peserta, angka kontak, dan jenis Puskesmas. Variabel yang berhubungan positif dengan sisa lebih dana kapitasi adalah kepesertaan, retribusi, waktu pelayanan, rasio dokter terhadap peserta, dan jenis puskesmas. Artinya, semakin banyak/ tiggi jumlah peserta, retribusi, waktu pelayanan, dan rasio dokter terhadap peserta suatu Puskesmas, maka akan diiringi pula dengan semakin tingginya sisa lebih dana kapitasi yang dimiliki. Sementara itu, jenis Puskesmas BLUD memiliki sisa lebih dana kapitasi yang besar dibandingkan Puskesmas Non-BLUD. Selain itu, angka kontak berhubungan negatif dengan sisa lebih dana kapitasi. Artinya, semakin tinggi angka kontak suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya sisa lebih dana kapitasi yang dimiliki.

Pada tahun 2015, variabel yang berhubungan dengan sisa lebih dana kapitasi yaitu kepesertaan, kapitasi, kapitasi aktual, jasa pelayanan, klaim non-kapitasi, geografis, penerimaan APBN, retribusi, waktu pelayanan, rasio dokter terhadap

peserta, dan rasio utilisasi. Variabel yang berhubungan positif dengan sisa lebih dana kapitasi adalah kepesertaan, penerimaan kapitasi, kapitasi aktual, dan geografis. Artinya, semakin banyak/ tinggi jumlah peserta, penerimaan kapitasi, dan kapitasi aktual, maka akan diiringi pula dengan semakin tingginya sisa lebih dana kapitasi yang dimiliki. Sementara itu, Puskesmas perkotaan memiliki sisa lebih dana kapitasi yang besar dibandingkan Puskesmas pedesaan. Selain itu, alokasi jasa pelayanan, penerimaan non kapitasi, APBN, retribusi, waktu pelayanan, dan rasio utilisasi berhubungan negatif dengan sisa lebih dana kapitasi. Artinya, semakin besar/ tinggi alokasi jasa pelayanan, penerimaan non kapitasi, APBN, retribusi, waktu pelayanan, dan rasio utilisasi suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya sisa lebih dana kapitasi yang dimiliki.

3. Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Dana kapitasi menjadi salah satu metode pembayaran dana JKN dari BPJS Kesehatan kepada Puskesmas. Puskesmas yang menerima secara langsung dana dari BPJS Kesehatan diharapkan dapat memanfaatkan dana JKN untuk kepentingan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Namun, tidak semuanya dana kapitasi dimanfaatkan oleh Puskemas sehingga menimbulkan “sisa”. Hal-hal menarik lainnya ditemukan dalam pengelolaan dana kapitasi di Puskesmas.

a. Landasan Kebijakan

Regulasi/landasan kebijakan dalam proses pengelolaan sisa lebih dana kapitasi memiliki peran yang sangat penting. Secara luas, petugas yang terlibat dalam pengelolaan dana akan merasa lebih aman dan berada dalam cara yang tepat jika ada regulasi yang menaungi pengelolaan dana tersebut. Keberadaan regulasi sekaligus menjadi alasan bagi Puskesmas, Dinas Kesehatan, Bappeda, dan BPKAD untuk dapat melakukan proses pengelolaan dana tersebut. Secara sederhana, jika tidak ada regulasi yang mengatur, maka tidak ada pengelolaan sisa lebih dana kapitasi yang berjalan. Meskipun demikian, di beberapa daerah pada akhirnya ada yang menerapkan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi dengan mengacu pada peraturan kapitasi yang digunakan. Pada Tabel 8 dibawah ini, disajikan persentase distribusi jawaban responden yang berkaitan dengan landasan kebijakan yang diberlakukan untuk pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas.

Tabel 7. Distribusi Jawaban Responden untuk Landasan Kebijakan

Distribusi Jawaban	Persentase
Tidak/belum ada regulasi tentang silpa	46,18%
Tidak tahu	18,47%
Regulasi daerah (ada klausul tentang silpa)	20,06%
Regulasi pusat (ada klausul tentang silpa)	15,29%

Sumber: PKMK, 2016

Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (46%) menyatakan tidak atau belum ada regulasi yang mengatur tentang sisa lebih dana kapitasi. Penjelasan belum ada regulasi adalah regulasi daerah yang belum ada untuk mengatur khusus penggunaan sisa lebih dana kapitasi. Untuk regulasi daerah (20,06%) menunjukkan bahwa beberapa daerah telah mengeluarkan aturan dana kapitasi dan termasuk didalamnya mengatur penggunaan sisa lebih dana kapitasi. Untuk regulasi pusat (15,29%), responden menyatakan bahwa Pemerintah Pusat telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 untuk pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas NON BLUD. Puskesmas BLUD menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) sehingga Puskesmas BLUD menggabungkan sisa lebih dana kapitasi dengan sumber pendapatan lainnya. Bagi Puskesmas yang pencatatannya kurang bagus akan kesulitan menghitung besaran sisa lebih dana kapitasinya. Hal ini dikarenakan seluruh pendapatan Puskesmas BLUD masuk ke dalam satu rekening puskesmas.

Puskesmas BLUD menggunakan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 untuk memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi. Peraturan ini menjelaskan bahwa surplus (sisa lebih) anggaran dapat digunakan pada tahun selanjutnya. Peraturan lain yang digunakan Puskesmas BLUD yaitu Peraturan Kementerian Dalam Negeri tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang setiap tahunnya mengalami perubahan. Pedoman penyusunan APBD ini mengatur Anggaran Perubahan yang dimanfaatkan oleh Puskesmas untuk memasukkan sisa lebih dana kapitasi ke dalam anggaran perubahan.

> *"Setahu saya sih tidak ada aturan, aturan dari kementrian tidak ada, perwako nya juga tidak ada , dari dinas nya juga tidak ada dan kebetulan kami juga tidak pernah menggunakan silpa. mungkin karena tidak ada aturan jadi ya agak khawatir juga gitu lho"* (PuskesmasNONBLUD)

"nggak ada (peraturannya)...dulu pernah kita membahas ya, pengaturan tentang dana dana itu, biasanya untuk NON BLUD, BLUD biasanya dikasih kewenangan penuh untuk ngatur itu (sendiri).." (PuskesmasBLUD)

"setau saya ada tapi tidak jelas, di permenkes sudah ada sisa yang tidak dipakai dianggarkan tahun berikutnya, di permenkes 21 dibahas lagi lebih detail. hanya saja kemarin pengaplikasiannya bagaimana yang ngga bisa diterapkan karena berbenturan aturan yang lain" (Dinkes)

Regulasi Daerah yang digunakan oleh Puskesmas mengacu pada Peraturan Kementerian Kesehatan tanpa mengubah isi dari peraturan tersebut. Akibatnya isi/ konten yang mengatur tentang sisa dana kapitasi tidak spesifik disebutkan. Dari 13 regional, terdapat 6 regional yang menyatakan belum memiliki regulasi yang khusus mengatur Sisa Lebih Dana Kapitasi. Peraturan terkait dana kapitasi yang menjadi landasan Peraturan Daerah yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014, Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014, Surat Edaran Menteri Dalam Negeri 900, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 (NON BLUD) dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 (BLUD).

Bagi wilayah yang menggunakan peraturan pusat/daerah sebagai acuan untuk mengelola sisa lebih dana kapitasi, diperkuat dengan klausul regulasi tentang penggunaan dana sisa/surplus/dana yang belum termanfaaatkan tahun sebelumnya untuk dianggarkan di tahun berikutnya. Mekanisme penganggaran yang paling banyak digunakan adalah mengkuti peraturan tentang pengelolaan keuangan daerah dan regulasi APBD atau APBD-Perubahan. Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 terdapat klausul "*Surplus anggaran BLUD dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya kecuali atas permintaan kepala daerah disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas BLUD (Bagian Kedelapan, Surplus dan Defisit Anggaran, Pasal 109 ayat (2))"*. Pada Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014, ditemukan juga klausul terkait pendapatan dana kapitasi yang tidak seluruhnya digunakan, sebagai berikut "*Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya (Bagian Ketiga, Pelaksanaan dan Penatausahaan, Pasal 7 ayat (3))"*.

Saat dilakukan wawancara di daerah, ditemukan bahwa di beberapa daerah sudah membentuk regulasi yang mengacu pada kedua regulasi pusat di atas. Untuk

puskesmas BLUD, mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007. Peraturan ini ditemukan dalam Peraturan Bupati Banyumas Nomor 89 Tahun 2014 "*Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Kepala BLUD-Puskesmas mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD melalui Kepala Dinas Kesehatan (Bagian Kedua, Biaya, Pasal 45 ayat (3))"* kemudian dilanjutkan dengan klausukl "*Surplus anggaran BLUD-Puskesmas dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas permintaan Bupati disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas Daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas BLUD-Puskesmas (Bagian Kedelapan, Surplus dan Defisit Anggaran, Pasal 65 ayat (2))"*

Sedangkan untuk puskesmas NON BLUD ditemukan di Kabupaten Banyuwangi dengan Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 35 Tahun 2014 yang berbunyi "*Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya (Bab VII, Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana, Bagian Pertama Dana Kapitasi JKN, pasal 17 ayat (3))"*

Selain peraturan tentang diperbolehkannya anggaran diajukan kembali di tahun selanjutnya, di daerah juga ditemukan adanya regulasi yang memberikan kesempatan pada puskesmas untuk dapat mengajukan sisa lebih dana kapitasi pada Anggaran Perubahan yang difasilitasi di pertengahan tahun anggaran berjalan. Sesuai dengan APBD Perubahan (Permendagri Nomor 21 Tahun 2011 Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah) disebutkan dalam pasal 161 "*Saldo anggaran lebih tahun sebelumnya merupakan sisa lebih perhitungan tahun anggaran sebelumnya. (ayat 1)*

Kemudian dilanjutkan dengan *"Keadaan yang menyebabkan saldo anggaran lebih tahun sebelumnya harus digunakan dalam tahun anggaran berjalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 154 ayat (1) huruf c dapat berupa: (poin e) mendanai program dan kegiatan baru dengan kriteria harus diselesaikan sampai dengan batas akhir penyelesaian pembayaran dalam tahun anggaran berjalan (poin f) mendanai kegiatan-kegiatan yang capaian target kinerjanya ditingkatkan dari yang telah ditetapkan semula dalam DPA-SKPD tahun anggaran berjalan yang dapat diselesaikan sampai dengan batas akhir penyelesaian pembayaran dalam tahun anggaran berjalan. (ayat 2)". Keterangan ini diperjelas dalam "(poin e) Penggunaan saldo anggaran lebih tahun sebelumnya untuk mendanai pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e diformulasikan terlebih dahulu dalam RKA-SKPD. (ayat 5)" dan "(poin f) Penggunaan saldo anggaran tahun sebelumnya untuk*

pendanaan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf f diformulasikan terlebih dahulu dalam DPPA-SKPD (ayat 3)" dimana yang dimaksud dengan DPPA adalah Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran."

Tidak adanya regulasi yang dijadikan landasan menimbulkan kecenderungan terhadap dua hal, yaitu sisa lebih dana kapitasi tidak digunakan sama sekali atau sisa lebih lebih dana kapitasi digunakan kembali dengan persentase alokasi yang sama dengan dana kapitasi (karena mengacu dengan regulasi daerah yang mengatur alokasi dana kapitasi).

b. Perencanaan dan Penganggaran

Dana kapitasi merupakan dana yang langsung diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada Puskesmas. Perencanaan dan penganggaran merupakan tahapan yang penting untuk memulai kegiatan. Pengelolaan sisa lebih dana kapitasi dimulai dengan proses perencanaan dan penganggaran yang mengikuti aturan daerah. Sisa lebih dana kapitasi tidak dapat langsung digunakan tanpa ada perencanaan dan penganggaran yang tersusun dan disahkan oleh pemerintah daerah. Di sisi lain, ada beberapa daerah yang belum melakukan perencanaan dan penganggaran sisa lebih dana kapitasi dikarenakan tidak adanya regulasi ditingkat pusat maupun daerah yang secara khusus mengatur penggunaan sisa lebih dana kapitasi. Hal tersebut mendorong Puskesmas di Daerah memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi dengan mekanisme yang tidak sama. Tabel 9 berikut menggambarkan jawaban responden atas perencanaan dan penganggaran sisa lebih dana kapitasi.

Tabel 8. Perencanaan dan Penganggaran Sisa Lebih Dana Kapitasi

Distribusi Jawaban	Persentase
Direncanakan di Anggaran Induk	25%
Direncanakan di Anggaran Perubahan	27%
Tidak ada perencanaan	29%
Tidak tahu	19%

Sumber: PKMK, 2016

Tabel 8 menjelaskan bahwa sebagian besar Puskesmas (29%) tidak melakukan perencanaan dan penganggaran untuk sisa lebih dana kapitasi. Namun sebagian yang lain yaitu 25% melakukan perencanaan dan penganggaran di anggaran induk dan 27% melakukan perencanaan dan penganggaran di anggaran perubahan. Hal ini mengindikasikan meskipun Peraturan belum begitu khusus mengatur penggunaan sisa lebih dana kapitasi, dana tersebut di sebagian Puskesmas di masukkan dalam perencanaan dan penganggarannya.

Proses awal perencanaan selalu dimulai dari tingkat Puskesmas, baik pada Puskesmas BLUD maupun Puskesmas Non BLUD. Proses perencanaan ini dilakukan di puskesmas melalui lokakarya mini yang melibatkan seluruh staf, kepala puskesmas, bendahara, kepala TU, Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pengadaan Barang (jika ada), dan pemegang program Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Usaha Kesehatan Perorangan (UKP). Tujuannya adalah untuk bersama-sama merumuskan kebutuhan dan rencana program ataupun belanja di tahun selanjutnya. Sedangkan untuk proses penyusunan rencana dan anggarannya dilakukan oleh kepala puskesmas, kepala TU, bendahara penerimaan, bendahara pengeluaran, pejabat teknis dan penanggung jawab UKM dan UKP. Setiap tahunnya, baik pada anggaran induk ataupun anggaran perubahan, puskesmas memiliki limit/batas/pagu anggaran untuk belanja. Hal Ini menjadi dasar sekaligus kontrol bahwa tidak boleh dilakukan belanja melebihi pagu yang sudah ditentukan. Disisi lain, besaran penerimaan/pendapatan di puskesmas tidak mungkin dibatasi dan setiap tahunnya cenderung mengalami peningkatan penerimaan. Hal ini akan menyebabkan adanya "dana lebih" yang tidak dapat atau belum dapat dimanfaatkan optimal karena terbentur batas anggaran di rentang waktu anggaran berjalan saat itu.

> *"…silpanya digunakan untuk tahun berikutnya, kita anggaran di anggaran perubahan,"* (PuskesBLUD)

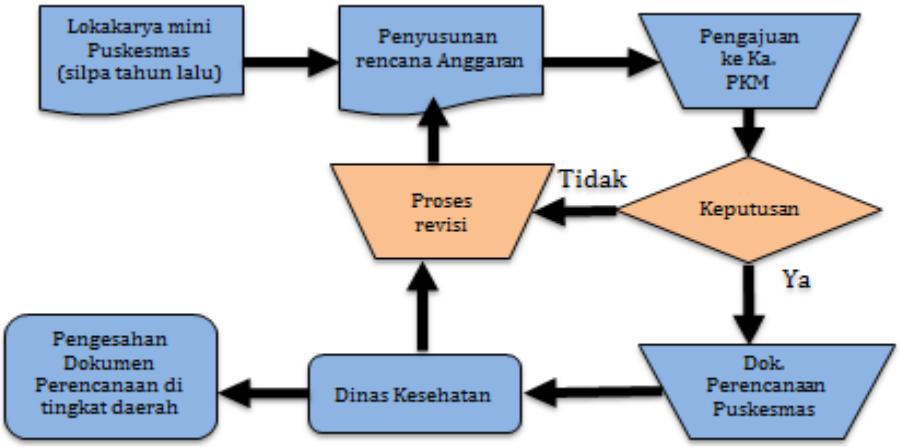
> *"…puskesmas kan punya RBA. Yang menyusun RBA kepala puskesmas melibatkan staf kita pejabat pengelolah keuangan, bendahara pengeluaran....kita melihat evaluasi dari anggaran kita sebelumnya kita menyusun ini. Pengelola program kita libatkan juga.....itu biasanya kita bahas di lokakarya mini....kita lihat skala prioritas dan mana yang penting itu yang kita ajukan"* (PuskesBLUD)

> *"…Di puskesmas membuat RKA (Rancana Kerja Anggaran), dari prediksi yang akan mereka terima dari BPJS angkanya udah ada tu, kemarin kita juga dikasih ditembuskan dari BPJS tapi ke dinkes, nah dinkes itu baru ke kita. Pengelolaannya sendiri mereka sesuai dengan RKA dan DPA yang telah disusun mereka melaksanakan, menjalankan kegiatan tersebut, baik operasional maupun penunjang-penunjang kegiatan JKN di lapangan"* (DPPKAD)

> *"..... Kita laporkan sisa lebihnya setiap tahun jadi ya dana sisa lebihnya nambah terus setiap tahun karena kita gak berani make."* (PuskesNONBLUD)

Anggaran perubahan banyak dilakukan untuk mengakomodir kelebihan dana ini termasuk sisa lebih dana kapitasi. Namun dalam pemanfaatannya terkendala dengan waktu realisasi anggaran yang terlalu singkat di akhir tahun. Untuk memperjelas, berikut disertakan bagan alur proses perencanaan dan penganggaran sisa lebih dana kapitasi dalam dua versi, yaitu :

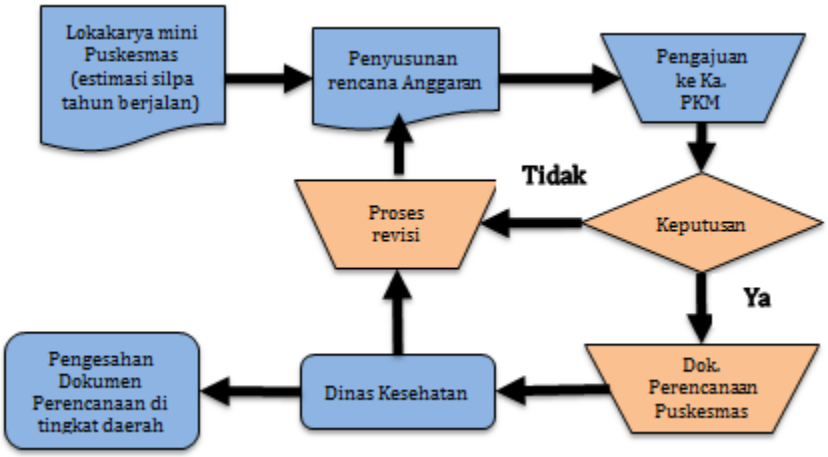
1. Sisa Lebih Dana Kapitasi yang Dianggarkan pada Anggaran Perubahan



Gambar 3. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Anggaran Perubahan

Gambar 3 menjelaskan pengajuan sisa lebih dana kapitasi yang dimulai dari perencanaan dan penganggaran dana. Sisa lebih dana kapitasi dimasukkan dalam anggaran Perubahan dapat dimasukkan sisa lebih dana kapitasi tahun lalu. Pada Anggaran Perubahan, sisa lebih dana kapitasi yang dimasukkan mengacu pada sisa lebih dana kapitasi yang diketahui pada akhir tahun anggaran. Lain halnya dengan sisa lebih dana kapitasi yang sudah dianggarkan pada saat Anggaran Induk awal tahun. Rata-rata puskesmas akan menggunakan estimasi sisa lebih dana kapitasi di akhir tahun berjalan tersebut. Estimasi ini dapat diperhitungkan dengan cara melihat pemasukan yang ada di setiap tahun berjalan (gambar 4).

2. Sisa Lebih Dana Kapitasi yang Dianggarkan pada Anggaran Induk (Awal Tahun)



Gambar 4. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Anggaran Induk

Pada Anggaran Perubahan maupun Anggaran Induk, terdapat proses yang sama yaitu adanya perencanaan di tingkat Puskesmas yang kemudian diajukan ke pemerintah daerah untuk memperoleh pengesahan dengan difasilitasi oleh Dinas Kesehatan. Di dalam Dinas Kesehatan pun terjadi proses koreksi anggaran yang dapat menyebabkan adanya perbaikan-perbaikan yang harus kembali pada puskesmas sebelum akhirnya dinyatakan "benar" dan dapat diajukan ke pemerintah daerah (dalam hal ini juga untuk mendapatkan persetujuan DPR-D).

c. Pencairan dan Peruntukan Dana

Untuk dapat memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi, setelah perencanaan dan penganggaran sisa lebih dana kapitasi disahkan, puskesmas baru dapat melakukan pencairan dan pembelanjaan sesuai dengan alokasi peruntukkan sisa lebih dana kapitasi. Pencairan sendiri merupakan proses sisa lebih dana kapitasi dapat dipakai atau dibelanjakan sesuai dengan rencana anggaran belanja yang sudah disahkan. Mekanisme pencairannya mengikuti mekanisme pencairan dana di daerah, puskesmas tidak serta merta fleksibel dalam menggunakan dana, kecuali untuk puskesmas BLUD yang memang diperbolehkan mengelola keuangannya sendiri, namun tetap saja ada batas-batas dari peraturan daerah yang harus dipatuhi. Sedangkan peruntukkan dana dalam hal ini mengacu pada untuk tujuan apa sisa lebih dana kapitasi digunakan. Hanya ada dua pembagian alokasi, yaitu alokasi operasional dan alokasi jasa pelayanan. Jika mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016, dikatakan bahwa sisa lebih dana kapitasi dari alokasi operasional hanya boleh digunakan untuk alokasi operasional kembali,

sedangkan untuk sisa lebih dana kapitasi dari alokasi jasa pelayanan, hanya boleh digunakan untuk alokasi jasa pelayanan kembali.

Tabel 9. Distribusi Jawaban Responden untuk Pencairan dan Peruntukan

Distribusi Jawaban	Persentase
Ada pencairan	47,35%
Ada pencairan dengan acc dinkes - peruntukkan operasional atau jaspel (5,31%)	
Ada pencairan dengan acc dinkes - peruntukkan operasional dan jaspel (10,63%)	
Ada pencairan tidak dengan acc dinkes - peruntukkan operasional atau jaspel (25,12%)	
Ada pencairan tidak dengan acc dinkes - peruntukkan operasional dan jaspel (6,28%)	
Tidak ada pencairan peruntukkan	30,43%
Tidak tahu	22,22%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 9 di atas menunjukkan bahwa secara umum, lebih banyak puskesmas yang melakukan proses pencairan sisa lebih dana kapitasi yaitu sebesar 47,35%. Ini artinya, hampir sebagian unit analisis responden (puskesmas) dapat memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi, baik itu terserap optimal ataupun tidak. Namun, untuk implementasi sistem pencairan dananya, masing-masing puskesmas mengikuti sistem pencairan dana di daerah yang berbeda-beda. Pada puskesmas BLUD, pencairan dana lebih banyak dilakukan dengan persetujuan dari Kepala Puskesmas selaku Kuasa Pengguna Anggaran (KPA). Dalam beberapa hal, baik pada Puskesmas BLUD maupun Puskesams Non BLUD, seperti untuk pengadaan barang dalam jumlah besar ataupun pengadaan obat, biasanya puskesmas masih memerlukan bantuan dan persetujuan Dinas Kesehatan. Sebagai catatan, dalam hal pengelolaan keuangan, puskesmas Non BLUD masih dalam naungan Dinas Kesehatan sedangkan untuk puskesmas BLUD lebih memiliki keleluasaan dan fleksibilitas dalam perencanaan dan penganggaran dana meskipun masih tetap dalam pantauan dan koordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat.

> *"tiap bulan kan kita bikin laporan sebelum pencairan, laporan yg ada belanja RKA itu dibikin laporan baru dikasih masuk ke dinas, dinas nanti kasih keluar SP3B, SP3B itu nanti dikasih masuk ke keuangan, nanti di keuangan mengeluarkan SP2B baru bisa dicairkan, kalau SP2B sudah ada baru bisa dibawa ke bank untuk pencairan. kan kalau sebelum keluar sp3b*

dr dinas itu diverifikasi lagi laporannya, sampai dppkad juga diverifikasi..." (PuskesmasNONBLUD)

"puskesmas mesti membuat RBA kemudian digandeng sama subsidinya itu munculnya di DPA, nah begitu DPA disahkan itu SP2D kita minta, keluarkan, nah dengan adanya SP2D kita udah bisa menggunakan terus sampe pagu itu selesai sesuai dengan perencaan yang ada di RBA, jadi nggak usah nunggu pencairan-pencairan." (Dinkes)

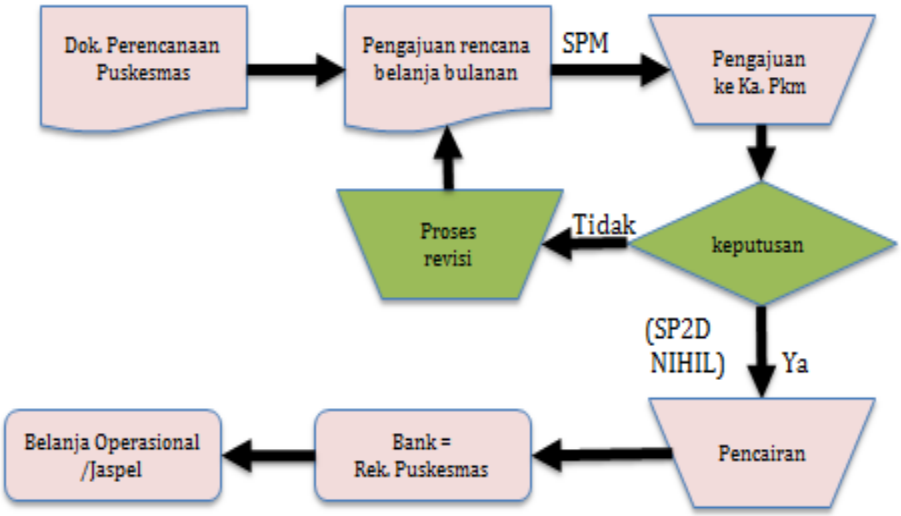
"Pencairan dananya kita langsung ke DPPKAD. // langsung ke DPPKAD// jadi DPPKAD ngeluarkan bilik Giro, bilik Giro itu kan untuk perpindahan rekening dari kas daerah ke rekening bendahara, baru bendahara bisa bayar kegiatan. Saya rasa kalau misalnya dananya dari APBD, prosesnya sama. jadi tetap bendahara dari Puskesmas atau apa tetap pengajuannya ke DPPKAD kalau misalnya kegiatan itu masuk dalam anggaran APBD. ya prosesnya udah diatur ada mekanisme pencairan dana APBD juga" (Bappeda)

Mekanisme pencairan dana di daerah akan menyesuaikan peraturan di daerah. Proses pencairan (rata-rata di Puskesmas Non BLUD) dilakukan setelah kegiatan dipertanggungjawabkan. Kemudahan pencairan juga dirasakan Puskesmas (secara umum), karena dalam pencairannya, Puskesmas tidak lagi meminta uang pencairan ke DPPKAD, Puskesmas hanya meminta pengesahannya saja. Sisa Lebih Dana Kapitasi atau Sisa Dana BLUD, tidak disetorkan ke kas daerah. Otomatis uang tersebut masih berada di rekening puskesmas, hanya saja dilaporkan angkanya ke pemerintah daerah.

Syarat utama untuk dapat menggunakan sisa lebih dana adalah dibuatnya dokumen perencanaan (Rencana Bisnis Anggaran/*Plan of Action*/Rencana Kegiatan Anggaran) oleh puskesmas yang menyertakan jumlah sisa lebih dana/estimasinya, untuk kemudian menunggu disahkan oleh pemerintah daerah. Khusus pembelian obat, rata-rata Puskesmas akan melakukan verifikasi terlebih dahulu ke Dinas Kesehatan agar obat yang dipesan tidak double dengan yang dianggarkan dari Dinas Kesehatan. Namun secara umum, tidak ditemukan adanya kasus *double costing*. Mayoritas puskesmas menggunakan sisa lebih dana kapitasi kembali pada peruntukkan asal "sisa dana" tersebut. Di wilayah Jakarta, ditemukan bahwa seluruh dana pendapatan BLUD hanya untuk operasional, tanpa mengambil jasa pelayanan. Hal ini terjadi karena adanya aturan di tingkat Provinsi yang sudah mengalokasikan

tersendiri kaitan dengan dana jasa pelayanan. Secara lebih jelas, alur pencairan dana di Puskesmas akan dijelaskan melalui bagan alur berikut :

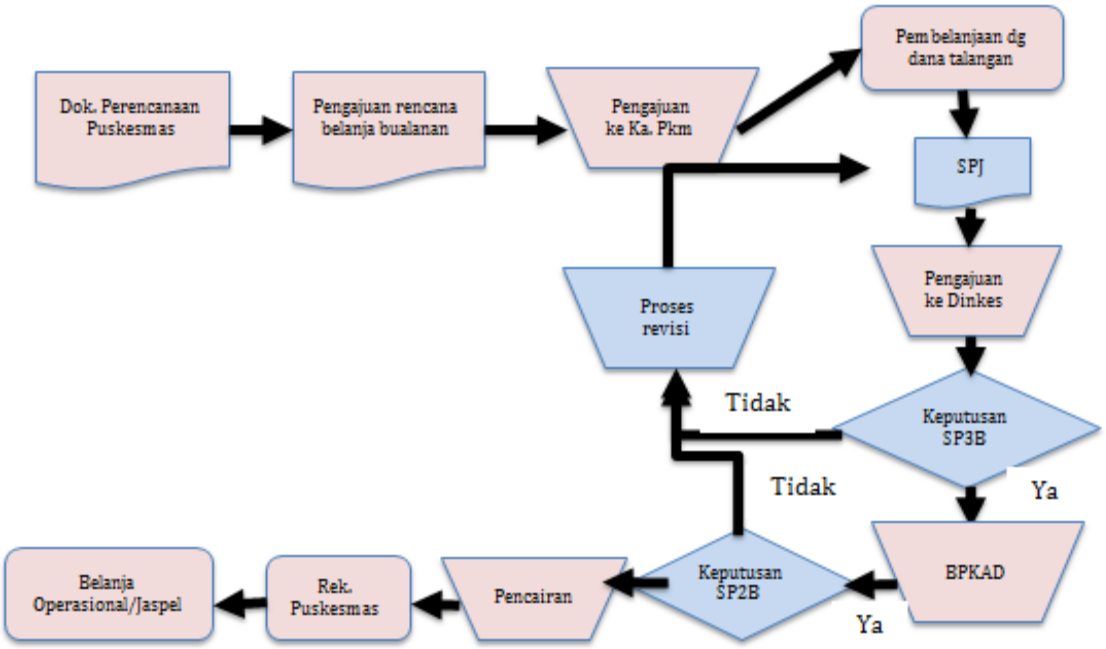
1. Pencairan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas BLUD



Gambar 5. Mekanisme Pencairan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas BLUD

Pada Puskesmas BLUD, sistem pencairan dana lebih singkat dilakukan karena persetujuan penggunaan dana ada dalam puskesmas masing-masing. Syaratnya, dana tersebut sudah masuk ke dalam dokumen perencanaan yang disahkan. Dalam sistem pencairan dana pun Puskesmas BLUD menggunakan SP2D nihil. Istilah nihil ini digunakan untuk menunjukkan bahwa uang yang sebenarnya mau dicairkan sudah ada di rekening Puskesmas, bukan di kas daerah. Lain halnya dengan sistem pencairan dana yang ada di Puskesmas Non BLUD seperti yang tergambar dalam bagan alur berikut.

2. Pencairan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas Non BLUD



Gambar 6. Mekanisme Pencairan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas Non-BLUD

Pada puskesmas Non BLUD, proses pencairan dana tetap mengajukan terlebih dahulu ke kepala puskesmas. Setelah diberikan persetujuan, maka puskesmas akan menggunakan dana talangan terlebih dahulu sebelum akhirnya sisa lebih dana kapitasi dapat digunakan. Puskesmas harus menyertakan Surat Pertanggungjawbaan atau SPJ kegiatan atau pembelanjaan untuk diajukan ke Dinas Kesehatan sebagai syarat memperoleh Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) Puskesmas kepada BPKAD. Setelah BPKAD menyetujui pendapatan dan belaja puskesmas, maka BPKAD akan memngeluarkan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) puskesmas. Setelah ada SP2B dari BPKAD, maka puskesmas dapat mencairkan sisa lebih dana kapitasi di rekening puskesmas.

d. Pertanggungjawaban Dana

Alur terakhir dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi adalah pertanggungjawaban keuangan. Selama ini, proses pertanggungjawaban keuangan untuk sisa lebih dana kapitasi masih mengikuti persyaratan dan mekanisme pelaporan di daerah masing-masing. Pada puskesmas BLUD di sebagian wilayah pengumpulan data dilakukan secara bercabang yaitu ke Dinas Kesehatan, sekaligus

ke BPKAD. Namun ada pula puskesams BLUD yang tetap mengajukan terlebih dahulu ke Dinas Kesehatan, baru akan diteruskan ke BPKAD. Hal ini serupa dengan pelaporan dari puskesmas Non BLUD. Sedangkan pada sebagian puskesmas yang belum melakukan perecanaan penganggaran sisa lebih dana kapitasi, maka belum ada proses pertanggungjawaban dana tersebut. Berikut adalah distribusi jawaban responden terkait dengan proses pertanggungjawaban keuangan sisa lebih dana kapitasi di puskesmas.

Tabel 10. Distribusi Jawaban Responden untuk Pertanggungjawaban

Distribusi Jawaban	Persentase
Ke Dinas dan BPKAD	30%
Ke Dinas saja	31%
Tidak ada pertanggungjawaban	25%
Tidak tahu	13%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 10 di atas menunjukkan bahwa mekanisme pertanggungjawaban sisa lebih dana kapitasi sama dengan mekanisme pertanggungjawaban keuangan untuk (bukan silpa) – tidak ada sistem pertanggungjawaban khusus untuk SLDK/Sisa Dana BLUD. Laporan pertanggungjawaban ini dibuat oleh bendahara dan/atau akuntan dengan persetujuan kepala puskesmas. Laporan pertanggungjawaban ini ditujukan ke Dinas Kesehatan dan BPKAD dan tetap dilaporkan untuk masuk ke laporan realisasi APBD. Pembuatan SPJ Kegiatan program atau pembelanjaan menjadi syarat penting dalam laporan pertanggungajwaban, Selain itu, perlu dilampirkan bukti pembelian seperti nota, kwitansi, faktur,ataupun dokumentasi barang yang dibeli, dilampirkan bersama SPJ. Audit keuangan mulai dari internal puskesmas, kemudian Dinas Kesehatan, BPKP, BPK, dan Inspektorat, untuk Puskesmas BLUD ada audit dari Kantor Akuntan Publik.

> *"yang paling bertanggung jawab adalah fktp karena uang ada di sana digunakan disana jadi ada dpanya itu jadi untuk membuat dpa itu ada bimbingan dari sini"* (Dinkes)

> *"syarat-syaratnya itu eee untuk jasa medik, untuk pembagian jasa pelayanan itu sudah ada regulasinya .... poin kinerja dari pendidikan, tingkat pendidikannya ada poinnya, kehadiran dan kinerjanya itu. jadi berdasarkan itu.... itu kita melakukan pembagian-pembagian jasa pelayanan kepada mereka. dan mereka kita buatkan rincian penerimaan, bukti pembagian-pembagian itu*." (PuskesmasNonBLUD)

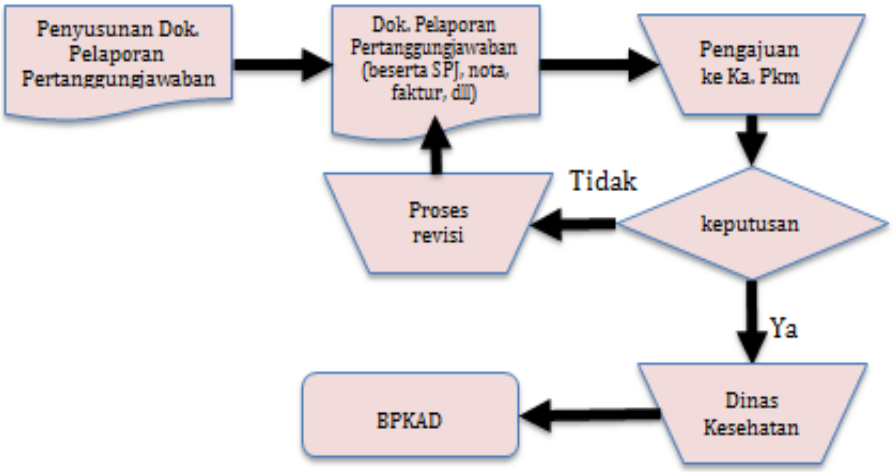
> *"yaa berbentuk SPJ... selama ini kita SPJ dan laporan aja sih mbak .. tembusan pelaporan ke dinas sama BPKAD, yang menyusun laporan tim keuangan di*

puskes saya itu ada pejabat keuangan, ada bendahara pengeluaraan, bendahara penerimaan, kemudian ada acoounting, dan kepala puskes" (PuskesBLUD)

"…Puskesmas itu kan ngelola sendiri tapi itu dicatat sama kita gitu jadi pendapatan masuk apbd jadi tiap bulan mereka melakukan pelaporan ke kita ada sp2b dan sp3bnya" (DPPKAD)

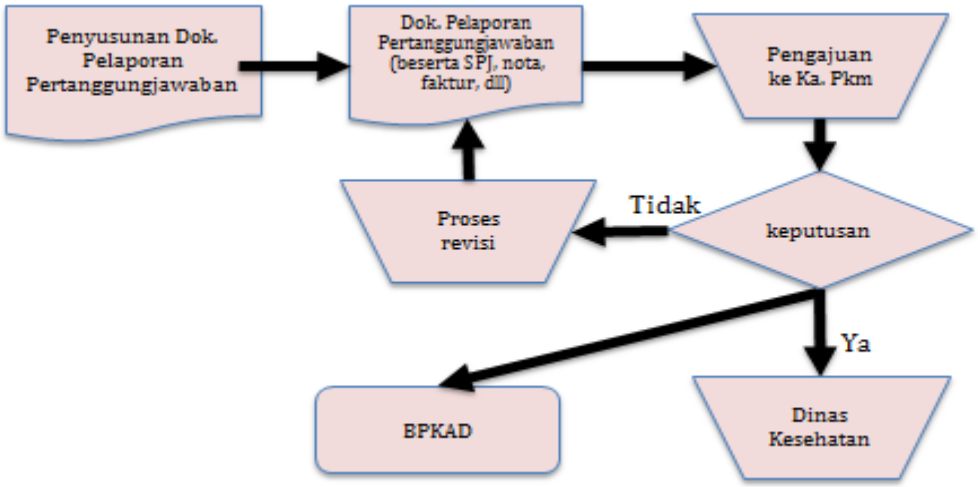
Pertanggungjawaban di lakukan oleh Puskesmas selaku pengguna dana, Dinas Kesehatan membina dan mengawasi penggunaan dana sampai dengan mereview laporan pertanggungjawaban. Laporan pertanggungjawaban juga dilaporakan ke bendahara daerah. Ini merupakan mekanisme daerah yang wajib dilakukan oleh perangkat daerah pengguna dana termasuk dana sisa lebih dana kapitasi. Bukti pelaporan pertanggungjawaban menjadi hal yang penting bagi BPKAD untuk mengetahui aliran dana JKN di daerah. Termasuk dana sisa kapitasi di daerah. Untuk lebih memperjelas proses pertanggungjawaban, berikut ditampilkan alur pertanggungjawaban penggunaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD.

1. Pertanggungjawaban Penggunaan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas Non BLUD



Gambar 7. Mekanisme Pertanggungjawaban Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas Non-BLUD

2. Pertanggungjawaban Penggunaan Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas BLUD



Gambar 8. Mekanisme Pertanggungjawaban Sisa Lebih Dana Kapitasi pada Puskesmas BLUD

Gambar 8 di atas menunjukkan bahwa untuk proses pertanggungjawaban tidak terlalu banyak ditemukan perbedaan dalam pelaporan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi antara puskesmas BLUD dan puskesmas Non BLUD. Secara umum, puskesmas pasti mengikuti aturan pelaporan yang ada di daerah karena sampai dengan wawancara dilakukan, dana kapitasi masih mengikuti proses pengelolaan keuangan di daerah, tidak khusus terpisah sendiri.

e. Peran Lintas Sektor

Peran Pemerintah Daerah melalui SKPD seperti Dinas Kesehatan, Bappeda, dan DPPKAD secara umum memang belum optimal. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 19 Tahun 2014 bab V Pasal 16 yang telah diperbarui dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 Bab 6 Pasal 9 dan Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 Bagian Kelima Pasal 11, Pembinaan dan Pengawasan di lakukan SKPD Dinas Kesehatan dan Aparat Internal Pemerintah Daerah. Hal ini menegaskan secara peraturan peran dinas dalam JKN telah diatur di peraturan, namun dengan kewenangan terbatas. Peran Dinas Kesehatan dan SKPD Pemerintah Daerah yang terkait pengelolaan dana JKN telah diatur dalam Peranturan Menteri Kesehatan dan Peraturan Presiden. Peranan yang diberikan hanya bersifat normatif sesuai dengan aturan dan belum ada ukuran untuk mengukur. Peran lain seperti DPKKAD, BPJS Kesehatan, dan Bappeda masih sebatas sosialisasi dan koordinasi.

BPJS Kesehatan sebagai pemberi sumber dana kapitasi sudah berkoordinasi dengan pemerintah daerah. Namun, koordinasi yang dimaksud memang belum dijelaskan lebih detail. Upaya untuk lebih optimal pelaksanaan koordinasi pengelolaan sisa dana kapitasi, perlu langkah-langkah prioritisasi salah satunya adalah peraturan.

1. Peran Dinas Kesehatan

Dana kapitasi JKN secara langsung disetorkan BPJS Kesehatan melalui rekening puskesmas. Meskipun demikian, dalam sistem pengelolaan dana kapitasi, termasuk dalam hal ini adalah sisa lebih dana kapitasi yang ada, memerlukan kerjasama dan peran dari sektor lain yang terkait. Salah satu sektor lain yang memiliki peran penting adalah Dinas Kesehatan. Puskesmas sampai dengan saat ini masih menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan dapat memberikan arahan/bimbingan langsung kepada puskesmas terkait dengan tata cara penggunaan dana sisa lebih kapitasi. Sebagai induk dari puskesmas, iInas Kesehatan memiliki peran yang strategis untuk memberikan rambu-rambu, arahan, dan koreksi serta memfasilitasi kebutuhan puskesmas yang berkaitan dengan sumber dana kapitasi (sisa lebih kapitasi). Peran ini dapat dimulai dari proses perencanaan, penggunaan dana, hingga laporan pertanggungjawaban Dinas Kesehatan memiliki peran langsung (khususnya pada Puskesmas Non BLUD) yaitu dalam membimbing dan mengarahkan puskesmas dalam menggunakan sisa lebih dana kapitasi. Dalam hal ini tentunya termasuk ada peran pengawasan dari Dinas Kesehatan. Peran Dinas Kesehatan terkait yang paling banyak disebutkan seperti di bawah ini :

Tabel 11. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran Dinas Kesehatan

Distribusi Jawaban	Persentase
Pembinaan dan Pengawasan	56,20%
Pelaporan	4,65%
Verifikator	3,49%
Regulator	6,98%
Tidak memiliki peran terkait silpa	19,38%
Tidak tahu	9,30%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 11 di atas menunjukkan bahwa peran yang paling banyak dari Dinas Kesehatan untuk pengelolaan sisa lebih dana kapitasi adalah dari sisi pembinaan dan pengawasan. Disamping peran lainnya seperti kaitan dengan pelaporan, verifikator perencaan/anggaran, dan juga regulator. Dari jawaban tersebut terlihat bahwa Dinas Kesehatan lebih banyak memiliki peran langsung terhadap teknis

pelaksanaan pengelolaan keuangan di Puskesmas. Secara keseluruhan, Puskesmas BLUD lebih banyak dikatakan memiliki keleluasaan. Segala kebutuhan dan perencanaannya dapat disusun dan dilakukan pengadaan sendiri (jika memenuhi syarat pengadaan sesuai peraturan yang berlaku di daerah). Lain halnya dengan Puskesmas Non BLUD yang segala bentuk perencanaan kebutuhannya *tercover* juga dalam perencanaan kebutuhan Dinas Kesehatan. Tentunya, tidak leluasa bagi puskesmas jika memerlukan kebutuhan tertentu yang tidak tercantum dalam perencanaan saat itu dan harus menunggu di perencanaan Dinas Kesehatan tahun selanjutnya.

> *"itu mereka (Dinkes) mengawasi saja terus menyetujui toch. mengawasi dan menyetujui SPJ-SPJ yang kita buat. kita berikan kepada mereka. kalau sesuai yaa sudah mereka setujui terus ke dinas kesehatan, kepala dinas kesehatan untuk pencairan dana."* (PuskesmasNonBLUD)

> *"setiap bulan mereka harus buat laporan ke kita... kan laporan keuangannya puskes, berintegrasi dengan laporan keuangan dinas, yang setiap bulan, per 3 bulan sekali itu akan kita laporkan ke pemda,"* (DinkesBLUD)

Peran perangkat daerah dan instansi dalam mendukung pelaksanaan JKN di Puskesmas sangat diharapkan. Dinas Kesehatan sebagai perangkat daerah yang menaungi Puskesmas harus mempunyai peran besar selain pembinaan dan pengawasan.

> "*saya kira dinas sangat pro aktif karena kita tanpa bimbingan teknis dari puskesmas kita gak bisa apa apa pak tempat koordinasi segala macam ya di dinas"* (PuskesmasNonBLUDKota)

Dinas Kesehatan sebagai koordinator di daerah mempunyai andil besar dalam kelancaran pelaksanaan di lapangan. Berbagi peran dalam upaya memperlancar pelayanan kesehatan bagi masyarakat menjadi tanggung jawab bersama. Harapannya ada peraturan yang mendasari penggunaan sisa lebih dana kapitasi

2. Peran Badan Pengelolaan Keuangan dan Anggaran Daerah (BPKAD)

Mengacu pada pembahasan sebelumnya, bahwa sisa lebih dana kapitasi dapat digunakan dan dikelola melalui mekanisme daerah. Selaku Bendahara Umum Daerah (BUD), tentunya dalam hal keuangan BPKAD sewajarnya memiliki peran terkait dengan masalah pengelolaan keuangan ini. Akan tetapi, peran dari BPKAD jika dikhususkan pada masalah pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, tidak akan terlihat. Dalam arti, BPKAD tidak akan memisahkan jenis pengelolaan keuangan dari

kapitasi. Perbedaannya hanyalah dana kapitasi ini tidak masuk kas daerah, tetapi masuk langsung ke dalam rekening puskesmas. Tapi selebihnya, jika puskesmas ingin menggunakan dana tersebut (termasuk sisa lebih dana kapitasinya), puskesmas dan dinas kesehatan harus mengikuti mekanisme pengelolaan keuangan di daerah. Berikut adalah distribusi jawaban responden terkait dengan peran BPKAD dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

Tabel 12. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran BPKAD

Distribusi Jawaban	Persentase
Pelaporan	10,57%
Pembinaan dan Pengawasan	29,81%
Regulator	2,26%
Tidak memiliki peran terkait silpa	38,11%
Tidak tahu	10,94%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 12 di atas menunjukkan bahwa terdapat 2 (dua) jenis jawaban untuk peran BPKAD yang berbeda. Versi jawaban pertama adalah BPKAD memiliki peran baik secara langsung (ke puskesmas) maupun tidak langsung (melalui Dinas Kesehatan terlebih dahulu). Peran BPKAD yang dimaksud adalah dari sisi pembinaan dan pengawasan, pelaporan, dan regulator (pengelolaan keuangan daerah). Pada Puskesmas Non BLUD lebih banyak mengarah kepada tidak adanya peran dari BPKAD dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi atau hanya seperti memiliki peran tidak langsung. Hal ini dikarenakan, pada Puskesmas Non BLUD, segala sesuatunya difasilitasi dulu oleh Dinas Kesehatan. Dari Dinas Kesehatan baru kembali ke Puskesmas. Puskesmas pun beberapa ada yang menyatakan kaitan dengan masalah pelaporan dan peraturan keuangan daerah, merujuk kepada BPKAD.

Versi jawaban kedua, pada Puskesmas BLUD, hampir seluruhnya menyatakan bahwa BPKAD memiliki peran dalam hal masalah konsultasi, komunikasi, pembinaan, dan pengawasan anggaran. Meskipun ada juga yang menyatakan terkait dengan penyusun regulasi keuangan daerah dan juga verifikator perencanaan dan laporan keuangan, selain itu juga berperan sebagai pembimbing dalam penyusunan Rencana Kegiatan Anggaran (RKA), Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA). BPKAD memberikan arahan dan koreksi terkait dengan RKA dan DPA.

"Dia waktu ini, waktu pertama dia mengarahkan apa yang boleh boleh belanja. Biasanya kita duduk satu ini (meja) sama DKK, BPKAD, keuangan, pimpus, puskesmas kan duduk satu ruangan gitu kan. Sudah itu kita bikin. Kemudian waktu DPA – RKA dia yang coret coret coret." (PuskesmasNonBLUD)

"Ada sih, selama ini kita koordinasi dengan BPKAD juga. Cuma kan mereka gak bisa apa ya, gak bisa detail banget membimbing kita gitu kan, paling kalo kita ngajukan laporan misalnya ada selisih na itu kita yang koordinasi. Dimana ini kesalahan..." (PuskesmasBLUD)

"Kalau kami, selaku BPPKAD, belum pernah secara spesifik, mengadakan kegiatan terkait penggunaan dana kapitasi. Kami belum pernah, cuma secara umum, pengelolaan keuangan daerah ini kan masuk di bagian pokok-pokok pengelolaan keuangan daerah, kami, BPPKAD rutin mengadakan."(BPKADNonBLUD)

"Bimbingan teknis kami sebenernya tidak menutup kemungkinan ke puskemas langsung kemudian tapi lebih penting ke SKPD. Waktu 2015, JKN pertama saya yang pertama datang ke dinas kesehatan untuk memproses ini karena harus melalui perubahan APBD. Ke dinas kesehatan terkait penata usahaan keuangan. " (BPKADNonBLUD)

Berdasarkan hal tersebut di atas, kaitan dengan peran BPKAD ini memang belum secara spesifik dijelaskan dalam peraturan. Sisa lebih dana kapitasi yang belum dimanfaatkan sebenarnya membutuhkan semua peran pemangku kebijakan. Namun, hal ini terkendala pada belum adanya regulasi yang menjadi dasar penggunaan dana sisa lebih kapitasi.

3. Peran BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan sebagai pembayar dana kapitasi di Puskesmas juga berperan dalam sosialisasi peraturan pelaksanaan JKN menerima laporan dari Puskesmas. Peran-peran tersebut mendukung pelaksanaan JKN di Puskesmas. Namun, berkaitan dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, belum ditemukan adanya peran khusus terkait dengan hal itu.

"Dia (BPJS) mah angkat tangan kalo masalah itu mah, yang penting dia nyetor kalo masalah kapitasi. Kalo masalah penggunaannya kita yang atur." (PuskesmasNonBLUD)

"Ndak, mereka kan hanya transfer saja. Mereka kan hanya membayar jumlah peserta gitu kan. Sampe situ, gak ada memang kewenangannya. Mau gimana , mau dimanfaatkan untuk apa ya mereka cuma membayar saja." (Dinkes)

Untuk lebih jelasnya, berikut adalah distribusi jawaban responden terkait dengan peran dari BPJS Kesehatan terhadap pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

Tabel 13. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran BPJS Kesehatan

Distribusi Jawaban	Persentase
Pembinaan dan Pengawasan	0,39%
Tidak memiliki peran terkait silpa	83,59%
Tidak tahu	16,02%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 13 di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa BPJS Kesehatan belum memiliki peran terkait dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Peran lain yang diketahui adalah terkait dengan masalah pembayaran dana kapitasi, indikator kinerja, laporan *P*-Care dan kepesertaan BPJS Kesehatan. Di samping itu, sektor lain seperti Dinas Kesehatan, BPKAD, dan Bappeda juga tidak banyak yang terlibat secara langsung dengan BPJS Kesehatan, sehingga banyak juga dari informan yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan belum memiliki peran terkait pengelolaan sisa lebih dana kapitasi atau bahkan tidak tahu tentang apa peran dari BPJS Kesehatan untuk pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

4. Peran Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes)

Keberadaan dan peran dari Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes) di daerah sejauh ini diketahui berkaitan dengan masalah penetapan norma kapitasi dari BPJS Kesehatan. Akan tetapi dari sisi peran terhadap pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, hampir sama dengan BPJS Kesehatan. Distribusi jawaban dapat dilihat pada Tabel 8 berikut.

Tabel 14. Distribusi Jawaban Responden untuk Peran Adinkes

Distribusi Jawaban	Persentase
Pembinaan dan Pengawasan	1,53%
Tidak memiliki peran terkait silpa	69,39%
Tidak tahu	29,08%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 14 di atas menunjukkani bahwa mayoritas responden menyatakan belum atau tidak ada peran yang secara khusus dirasakan oleh informan dari Adinkes terkait pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Meskipun sebagian kecil

responden (banyak ditemukan dari jawaban Dinas Kesehatan) menyatakan bahwa Adinkes memiliki peran dalam hal pembinaan dan pengawasan dana kapitasi.

> *"Adinkes itu ada, tapi mungkin kiprahnya belum kerasa ya ... belum pernah pembinaan bagaimana mengenai BPJS, bagaimana mengenai pengelolaan uang , itu nggak ada... belum... selama 2 tahun ini sih belum pernah yaa"* (Dinkes)

> *"(adinkes) kalo pengelolaan ndak ada (peran)"* (PuskesmasBLUD)

> *"Ndak. Dia (adinkes) cuma untuk pengendalian biaya itu agar uang yang dikeluarkan kapitasi itu tidak boros. Karena dia kan bisa bankrupt. Boleh dia pengawasan tapi apa dasarnya. Kan kepala dinasnya atau kepala puskesmasnya sendiri sudah bisa menggunakan."* (Dinkes)

Secara umum, jika dibandingkan dengan peran dari pemerintah daerah, dalam hal ini melalui Dinas Kesehatan dan BPKAD, Peran dari BPJS Kesehatan dan Aosisasi Dinas Kesehatan (Adinkes) menurut responden memang tidak terlalu signifikan atau bahkan memang belum ada perannya sejauh ini. BPJS Kesehatan pun lebih banyak masih berkaitan dengan masalah dana kapitasi yang ditransfer ke puskesmas dan penilaian berbasis kinerja saja.

f. Kendala Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, ternyata tidak semua wilayah memiliki kapasitas dan kesempatan yang sama dalam memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi. Secara umum terlihat bahwa pengelolaan dana ini sangat dipengaruhi oleh sistem regulasi dan mekanisme keuangan di masing-masing daerah. Tentunya hal ini menimbulkan beberapa kendala bagi puskesmas selaku "penerima" dana langsung. Namun yang perlu diperhatikan adalah baik pada daerah yang sudah dapat memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi ataupun yang belum berani memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi, sama-sama memiliki kendala, meskipun jenis dan bobot kendalanya berbeda. Beberapa kendala yang ditemukan selama wawancara dilakukan, disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 15. Distribusi Jawaban Responden untuk Kendala Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Distribusi Jawaban	Persentase
Kendala pemanfaatan	28,28%
Kendala perencanaan	6,55%
Kendala regulasi	24,48%
Lain-lain	2,07%
Tidak ada kendala	25,17%
Tidak tahu	13,45%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 15 di atas menunjukkan bahwa dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, secara umum memiliki kendala pemanfaatan, kendala perencanaan, dan kendala regulasi. Kendala yang dimaksud secara rinci adalah pertama kendala terbesar yang ditemui responden berkaitan dengan kendala pemanfaatan. Pemanfaatan disini diartikan sebagai sisa lebih dana kapitasi dapat digunakan namun tidak terserap secara optimal. Puskesmas rata-rata takut untuk menggunakan dana dalam jumlah besar (range jumlahnya tergantung dari masing-masing peraturan daerah, paling banyak jawaban menyatakan sekitar 50 juta ke atas). Kedua, tidak/belum adanya regulasi khusus tentang pengelolaan sisa lebih dana kapitasi yang menaungi secara jelas. Ketiga, adanya pagu anggaran yang membatasi informan dalam membelanjakan sisa lebih dana kapitasi. Pagu anggaran ini lebih berkenaan dengan masalah perencanaan. Seperti yang sudah dijelaskan di awal bahwa, pada saat perencanaan, puskesmas mendapatkan pagu/batas anggaran masing-masing yang mana dalam pembelanjaannya nanti tidak diperbolehkan melebihi pagu anggaran. Keadaan ini akan membatasi gerak puskesmas apabila mendapatkan penerimaan yang setiap waktunya memiliki kecenderungan meningkat/bertambah.

Keempat, berkaitan dengan mekanisme pengelolaan dana kapitasi yang masuk dalam ranah pengelolaan APBD, sehingga terkadang puskesmas lebih banyak terbentur dengan aturan daerah saat akan memanfaatkan dana kapitasi dan sisa lebihnya. Terakhir, yang kelima adalah terkait dengan adanya waktu pengesahan Rencana Bisnis Anggaran Perubahan (RAB-P) yang relatif lama dan sering "mepet" dengan waktu akhir tahun, membuat informan tidak dapat secara maksimal menggunakan sisa dana BLUD dan menyebabkan adanya sisa dana yang mengendap di rekening dan cenderung terakumulasi dari tahun ke tahun.

"aku sampai speechless, tidak bisa berkata-kata.. yaitu tadi kendalanya pertama regulasinya yang belum pasti belum ada itu pasti salah satu itu, itu faktor utama yang dasar." (PuskesmasNonBLUD)

"sebenarnya membingungkan juga, karena itu dana di apakan dari pusat harus masuk ke pemerintah Daerah melalui APBD, tapi kenyataannya dari pusat itu dana langsung di drop oleh BPJS pusat ke Puskesmas, nah itu yang membuat terkendala di masalah perenacanaan" (Dinkes)

"selama ini yang kendala untuk penggunaan sisa dana lebih kapitasi itu, yang pertama aturan yang belum ada untuk mengaturnya, bagaimana kalau penggunaan dana sisa itu. kemudian yang kedua kendalanya kendala sampai terjadi sisa lebih dana kapitasi adalah penentuan pagu anggaran yang tidak sesuai dengan jumlah dana yang masuk itu" (PuskesmasNonBLUD)

"Kendalanya sih itu kita jadi harus mengikuti anggaran perubahan jadi tidak boleh digunakan dulu sebelum disahkan oleh Provinsi jadi harus masuk keanggaran perubahan dulu, itu aja sih kendalanya" (FGD-BPKAD)

Dalam pelaksanaannya, menurut BPKAD jika menggunakan aturan dari pusat tentu akan ada batasan-batasan dalam peruntukkan dana, hal ini dapat menjadi kendala saat pelaksanaan di lapangannya. Selain itu, Dinas Kesehatan juga melihat bahwa kendala di puskesmas adalah terkait dengan regulasi yang belum fleksibel, contohnya pada Permenkes Nomor 19 Tahun 2014. Informan merasa terbatas dalam membelanjakan uang, akan tetapi terkait Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 ini informan berharap dapat menggunakan sisa lebih dana kapitasi dengan lebih leluasa karena menurut informan peruntukkan di regulasi yang baru lebih luas. Terakhir, sebagai landasan dari seluruh proses pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, Ketidakberadaan regulasi yang mengatur tentang pengelolaan dana tersebut menjadi kendala dasar bagi puskesmas serta sektor lain yang terkait dalam mengambil keputusan dan pelaksanaan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

g. Harapan terhadap Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Sebagai respon dari berbagai macam kendala pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di daerah, pada akhirnya ada harapan dari responden, baik dari puskesmas, Dinas Kesehatan, BPKAD, ataupun Bappeda terkait dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi yang lebih baik ke depannya. Berikut adalah distribusi jawaban responden yang terkait dengan harapan informan untuk pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

Tabel 16. Distribusi Jawaban Responden Harapan Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Distribusi Jawaban	Persentase
Pemanfaatan silpa	25%
Pemanfaatan silpa dan peran lintas sektor	9%
Perencanaan silpa	11%
Perencanaan silpa dan peran lintas sektor	3%
Pertanggungajawaban silpa	1%
Pertanggungjawaban silpa dan peran lintas sektor	1%
Regulasi silpa	31%
Regulasi silpa dan peran lintas sektor	14%
Tidak tahu	4%

Sumber: PKMK 2016

Tabel 16 menunjukkan bahwa regulasi SILPA (31%) memegang peranan penting karena sebagai dasar penggunaan dana SILPA. Tidak adanya regulasi sangat menghambat pemanfaatan dana SILPA dari kapitasi. Aturan lain (pengelolaan keuangan daerah) yang mengatur SILPA belum kuat sebagai landasan hukum bagi penggunaan dana SILPA. Sehingga harapannya pemanfaatan dana SILPA juga dipayungi oleh regulasi khusus. Harapan selanjutnya pada pemanfaatan SILPA (25%). Pemanfaatan SILPA di sini merujuk pada fleksibilitas penggunaan dana SILPA. Meskipun aturan penggunaan SILPA telah di atur dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2016, pemanfaatan dana SILPA terkesan di kelompok-kelompokkan. Sehingga muncul harapan dana SILPA pemanfaatanya bisa lebih fleksibel dipergunakan sesuai kebutuhan Puskesmas. Harapan selanjutnya adalah regulasi silpa dan lintas sektor (14%), hal ini menunjukkan bahwa regulasi dan peran lintas sektor memegang peran penting dalam pemanfaatan dana SILPA. Tidak hanya dinas kesehatan dan Puskesmas, peran Bappeda dan BPKAD juga diharapakan dalam upaya pemanfaatan dana SILPA terkait dengan perencanaan dan mekanisme pertanggungjawabannya.

Masih sejalan dengan kendala yang ditemui, mayoritas responden berharap kendala tersebut dapat teratasi dengan adanya kejelasan regulasi tentang pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Regulasi ini diharapkan sebagai regulasi yang fleksibel dan nyaman bagi puskesmas dan tentunya bagi sektor lain yang terkait.

> *"regulasi nya ya.. hehe ada hitam di atas putih tapi yang fleksibel ya.. hehe nggak ribet, regulasi yang nyaman, yang fleksibel"* (PuskesmasBLUD)

> *"harapanya diprubahan APBDP besok kita akan susun perbup khusus yang mengatur sisa dana lebih, harapan ke depan yang penting sudah sesuai dengan peraturan yang ada ya sudah tidak apa-apa lanjut saja sebetulnya yang penting tidak bertentangan dengan aturan yang diatas, posnya pos apa kita gunakan sesuai pos itu"* (Dinkes)

Harapan Puskesmas dan Dinas Kesehatan sebagai pelaksana di lapangan adalah adanya regulasi yang menjadi dasar pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi. Tidak hanya peraturan, namun juga tersedia petunjuk teknis dan pedoman pelaksanaan.

> *"sudah ada juknis ya pak dengan legalitas perbup segala macam saya kira ee untuk perencanaan tidak akan sulit karena kita sudah terbiasa menyusun dpa disini bareng bareng dibimbing sama dinas kalau sudah ada dpa dan di tunjang dengan cashflow itu tidak sulit"* (PuskesmasNonBLUD-Kota)

Dinas Kesehatan juga mengharapkan agar BPJS Kesehatan sebagai salah satu pemangku kepentingan juga perlu berkoordinasi dengan pelaksana di daerah.

> *"aturan aturan dari bpjs jadi itu yang kelihatannya harus di sinkronkan bpjs harus ngomong juga ke pemberi pelayanan kesehatan jadi harus saling menguntungkan"* (Dinkes)

Peraturan mengenai penggunaan sisa lebih dana kapitasi ditingkat Puskesmas sangat diharapkan dapat segera direalisasikan. Pedoman dan petunjuk teknis yang menjadi bagian dari penjelasan peraturan juga perlu segera direalisasikan. Hal ini penting agar Puskesmas segera merealisasikan sisa lebih dana kapitasi.

4. Kinerja dan Komitmen Pelayanan

Distribusi kinerja dan komitmen pelayanan pada tahun 2014 ditunjukkan dalam tabel 17 sebagai berikut.

Tabel 17. Kinerja dan Komitmen Pelayanan Tahun 2014

Variabel	2014							
	Status PKM		Geografis PKM		PKM Rural		PKM Urban	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)
Distribusi Rasio Dokter:Peserta								
1 : >20000	2.50	-	5,88	-	9,09	0,00	-	-
1 : 15001-200	2.50	2.94	-	3,51	27,27	50,00	3,45	3,57
1 : 5001-15000	25.00	14.71	35,29	15,79	-	-	24,14	7,14
1 : <= 5000	70.00	82.35	58,82	80,70	63,64	50,00	72,41	89,29
p-value	0,5330		0,0650		0,5390		0,2110	
Waktu Pelayanan								
Q1	40,00	14,75	20,83	28,26	23,08	18,18	45,24	14,00
Q2	34,55	42,62	25,00	42,39	38,46	9,09	33,33	50,00
Q3	12,73	13,11	25,00	9,78	30,77	18,18	7,14	12,00
Q4	12,73	29,51	29,17	19,57	7,69	54,55	14,29	24,00
p-value	0,0110		0,1070		0,0720		0,0120	
Distribusi Beban Kerja								
>32	11.90	10.91	4,76	13,16	9,09	-	12,90	13,33
32	-	1.82	-	1,32	-	-	-	2,22
<32	88.10	87.27	95,24	85,53	90,91	100,00	87,10	84,44
p-value	0,6750		0,4780		0,3290		0,7020	
Distribusi Rasio Utilisasi								
<15%	58.33	72.41	76,47	60,42	80,00	71,43	50,00	72,73
>15%	30.56	6.90	11,76	22,92	10,00	14,29	38,46	4,55
>=25%	11.11	20.69	11,76	16,67	10,00	14,29	11,54	22,73
p-value	0,0510		0,4780		0,9190		0,0190	
Distribusi Angka Kontak								
<150/1000	63.16	66.67	60,00	65,52	75,00	-	60,00	71,43
150/1000 - 249/1000	26.32	-	-	17,24	-	-	33,33	-
>250/1000	10.53	33.33	40,00	17,24	25,00	100,00	6,67	28,57
p-value	0,0480		0,3760		0,1710		0,0330	
Distribusi Rasio Rujukan Non-Spesialistik								
>5%	76.92	70.37	46,67	84,21	50,00	40,00	93,75	77,27
<5%	23.08	25.93	53,33	13,16	50,00	60,00	6,25	18,18
<1%	-	3.70	-	2,63	-	-	-	4,55
p-value	0,5820		0,0090		0,7140		0,3630	
Distribusi Rasio Kunjungan Prolanis								
<50%	-	7.14	-	6,25	-	-	-	10,00
50%-89%	14.29	-	-	6,25	-	-	16,67	-
>=90%	85.71	92.86	100,00	87,50	100,00	100,00	83,33	90,00
p-value	0,2830		0,7080		-		0,3190	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 17 menunjukkan kinerja dan komitmen pelayanan yang meliputi variabel distribusi rasio dokter terhadap peserta, waktu pelayanan, beban kerja, rasio utilisasi, angka kontak, rasio rujukan non-spesialistik, dan rasio kunjungan prolanis pada tahun 2014. Tabel 17 memberikan informasi bahwa berdasarkan status puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta yang lebih sedikit dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statsitik. Pola yang sama terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Meskipun secara statistk tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna, Puskesmas perkotaan cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta yang lebih sedikit dibandingkan dengan Puskesmas pedesaan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan pun cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta yang lebih sedikit pula dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD pedesaan. Ini ditunjukkan dengan masih terdapat Puskesmas Non-BLUD pedesaan yang memiliki rasio dokter terhadap peserta 1:>20.000. Meskipun demikian, pebedaan ini tidak bermakna secara statistik. Pola yang sama ditunjukkan oleh Puskesmas perkotaan. Meskipun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan, Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta yang lebih sedikit dibandingkan Puskesmas NoN-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek waktu pelayanan, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 waktu pelayanan Puskesmas BLUD daripada Puskesmas Non-BLUD, dan secara statistik perbedaan ini bermakna. Sedangkan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas pedesaan cenderung memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskesmas perkotaan, meskipun secara statitik perbedaan ini tidak signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kategori geografis, Puskesmas BLUD pedesaan memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskemas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa terjadi di perkotaan. Secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara waktu pelayanan Puskesmas BLUD perkotaan dengan Puskesmas Non-BLUD perkotaan. Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek beban kerja, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori sebagai beban kerja

kurang dari 32, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD. Secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara keduanya. Pola yang serupa terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan terkategori sebagai beban kerja kurang dari 32, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas pedesaan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan pedesaan cenderung memiliki kategori beban kerja kurang dari 32. Demikian halnya di kawasan perkotaan, tidak terdapat perbedaan antara beban kerja Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD baik di kawasan pedesaan maupun perkotaan.

Ditinjau dari aspek rasio utilisasi, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori memiliki rasio utilisasi kurang dari 15%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas BLUD daripada Puskesmas Non-BLUD, namun secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara keduanya. Pola yang serupa terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan cenderung terkategori memiliki rasio utilisasi kurang dari 15%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas pedesaan, namun secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara keduanya. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan pedesaan cenderung memiliki kategori rasio utilisasi kurang dari 15%, meskipun demikian proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD pedesaan dibandingkan dengan BLUD pedesaan. Demikian halnya di kawasan perkotaan, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan perkotaan cenderung memiliki kategori rasio utilisasi kurang dari 15%, meskipun demikian proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas BLUD perkotaan dibandingkan dengan Non-BLUD perkotaan, dan secara statistik perbedaan ini bermakna.

Ditinjau dari aspek angka kontak, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori memiliki angka kontak kurang dari 150/1000. Meskipun demikian, proporsi kategori angka kontak kurang dari 150/1000 sedikit lebih banyak pada Puskesmas BLUD daripada Puskesmas Non-BLUD. Secara statistik perbedaan ini signifikan. Pola yang serupa terjadi pada

kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan cenderung terkategori memiliki angka kontak kurang dari 150/1000. Meskipun demikian, proporsi kategori angka kontak kurang dari 150/1000 sedikit lebih banyak pada Puskesmas perkotaan daripada Puskesmas pedesaan, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan semuanya terkategori sebagai angka kontak >250/1000, berbeda dengan Puskesmas Non-BLUD pedesaan yang sebagian besar terkategori sebagai angka kontak <150/1000. Meskipun demikian, tidak terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh Puskesmas kawasan perkotaan. Baik puskesmas BLUD dan Non-BLUD perkotaan cenderung terkategori sebagai angka kontak <150/1000. Meskipun demikian, proporsi kategori angka kontak kurang dari 150/1000 sedikit lebih banyak pada Puskesmas BLUD perkotaan daripada Puskesmas Non-BLUD perkotaan, dan secara statistik perbedaan ini signifikan.

Ditinjau dari aspek rasio rujukan non-spesialistik, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5% sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD daripada Puskesmas BLUD, namun perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Sebagian besar Puskesmas perkotaan memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%, berbeda dengan Puskesmas pedesaan yang cenderung memiliki rasio rujukan non-spesialistik kurang dari 5%, dan secara statistik perbedaan ini signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas BLUD pedesaan sebagian besar terkategori memiliki rasio rujukan non-spesialistik kurang dari 5%, berbeda dengan Puskesmas Non-BLUD pedesaan yang memiliki proporsi rujukan non-spesialistik kurang dari 5% dan lebih dari 5% yang sama. Meskipu demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang berbeda terjadi di perkotaan. Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%, meskipun proporsi rujukan non-spesialistik kurang dari 5% sedikit lebih banyak terdapat pada Puskesmas Non-BLUD perkotaan, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan.

Ditinjau dari aspek rasio kunjungan prolanis, sebagian besar Puskesmas untuk semua kategori terkategori memiliki rasio kunjungan prolanis lebih dari 90%. Meskipun demikian, proporsi rasio kunjungan prolanis lebih dari 90% Puskesmas

BLUD sedikit lebih banyak dari pada Puskesmas Non-BLUD. Demikian halnya untuk Puskesmas pedesaan yang memiliki proporsi rasio kunjungan prolanis lebih dari 90% sedikit lebih banyak daripada Puskesmas Perkotaan. Selain itu, diketahui bahwa masih terdapat Puskesmas BLUD perkotaan yang memiliki rasio kunjungan prolanis yang kurang dari 50%.

Distribusi kinerja dan komitmen pelayanan pada tahun 2015 ditunjukkan dalam tabel 18 sebagai berikut. Tabel 18 menunjukkan kinerja dan komitmen pelayanan yang meliputi variabel distribusi rasio dokter terhadap peserta, waktu pelayanan, beban kerja, rasio utilisasi, angka kontak, rasio rujukan non-spesialistik, dan rasio kunjungan prolanis pada tahun 2016.

Tabel 18. Kinerja dan Komitmen Pelayanan Tahun 2015

Variabel	2015							
	Status PKM		Geografis PKM		PKM Rural		PKM Urban	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)
Distribusi Rasio Dokter:Peserta								
1 : >20000	2,33	-	-	1,47	-	-	2,94	-
1 : 15001-200	-	6,98	5,56	2,94	-	11,11	-	5,88
1 : 5001-15000	27,91	20,93	27,78	23,53	33,33	22,22	26,47	20,59
1 : <= 5000	69,77	72,09	66,67	72,06	66,67	66,67	70,59	73,53
p-value	0,2170		0,8720		0,5490		0,3520	
Waktu Pelayanan								
Q1	40,35	16,67	25,00	29,03	23,08	27,27	45,45	14,29
Q2	29,82	33,33	16,67	35,48	30,77	-	29,55	40,82
Q3	14,04	23,33	29,17	16,13	30,77	27,27	9,09	22,45
Q4	15,79	26,67	29,17	19,35	15,38	45,45	15,91	22,45
p-value	0,0310		0,1850		0,1510		0,0090	
Distribusi Beban Kerja								
>32	14,29	17,31	10,53	17,33	22,22	-	12,12	21,43
32	2,38	1,92	5,26	1,33	-	10,00	3,03	-
<32	83,33	80,77	84,21	81,33	77,78	90,00	84,85	78,57
p-value	0,9160		0,4590		0,2010		0,3190	
Distribusi Rasio Utilisasi								
<15%	59,52	56,76	73,68	53,33	80,00	66,67	53,13	53,57
>15%	19,05	18,92	15,79	20,00	10,00	22,22	21,88	17,86
>=25%	21,43	24,32	10,53	26,67	10,00	11,11	25,00	28,57
p-value	0,9520		0,2450		0,7530		0,9080	
Distribusi Angka Kontak								
<150/1000	66,67	50,00	66,67	57,69	66,67	66,67	66,67	45,45
150/1000 - 249/1000	16,67	35,71	33,33	23,08	33,33	33,33	13,33	36,36
>250/1000	16,67	14,29	-	19,23	-	-	20,00	18,18
p-value	0,4630		0,4900		1,0000		0,3740	
Distribusi Rasio Rujukan Non-Spesialistik								
>5%	81,25	80,00	53,33	88,46	55,56	50,00	91,30	86,21
<5%	15,63	17,14	46,67	7,69	44,44	50,00	4,35	10,34
<1%	3,13	2,86	-	3,85	-	-	4,35	3,45
p-value	0,9850		0,0010		0,8330		0,7170	
Distribusi Rasio Kunjungan Prolanis								
<50%	-	5,88	-	4,55	-	-	-	7,14
50%-89%	11,11	5,88	-	9,09	-	-	12,50	7,14
>=90%	88,89	88,24	100,00	86,36	100,00	100,00	87,50	85,71
p-value	0,6910		0,7350		-		0,6930	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 18 memberikan informasi bahwa berdasarkan status puskesmas, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta 1:<=5.000. Meskipun demikian, Puskesmas BLUD memiliki proporsi kategori rasio dokter peserta 1:<=5.000 yang sedikit lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Pola yang sama terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Meskipun secara statistk tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna, baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta 1:<=5.000. Meskipun demikian, Puskesmas perkotaan memiliki proporsi kategori rasio dokter peserta 1:<=5.000 yang sedikit lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas pedesaan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD pedesaan maupun Non-BLUD pedesaan cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta 1:<=5.000. Meskipun demikian, masih terdapat Puskesmas BLUD pedesaan yang memiliki rasio dokter terhadap peserta di atas 1:15.000, namun secara statistik kondisi ini tidak signifikan. Pola yang serupa terjadi di perkotaan. Baik Puskesmas BLUD perkotaan maupun Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki rasio dokter terhadap peserta 1:<=5.000. Meskipun demikian, masih terdapat Puskesmas Non-BLUD perkotaan yang memiliki rasio dokter terhadap peserta di atas 1:20.000, namun secara statistik kondisi ini tidak signifikan.

Ditinjau dari aspek waktu pelayanan, berdasarkan status Puskesmas, Puskesmas BLUD cenderung memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD. Ini ditunjukkan oleh besarnya proporsi kuintil 4 waktu pelayanan Puskesmas BLUD daripada Puskesmas Non-BLUD, dan secara statistik perbedaan ini bermakna. Sedangkan berdasarkan kondisi geografis, Puskesmas pedesaan cenderung memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskesmas perkotaan, meskipun secara statitik perbedaan ini tidak signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kategori geografis, Puskesmas BLUD pedesaan memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskemas Non-BLUD pedesaan. Meskipun demikian, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa terjadi di perkotaan. Secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara waktu pelayanan Puskesmas BLUD perkotaan dengan Puskesmas Non-BLUD perkotaan. Puskesmas BLUD perkotaan cenderung memiliki waktu pelayanan yang lebih lama dibandingkan dengan Puskesmas Non-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek beban kerja, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori sebagai beban kerja kurang dari 32, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD. Secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara keduanya. Pola yang serupa terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan terkategori sebagai beban kerja kurang dari 32, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas pedesaan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan pedesaan cenderung memiliki kategori beban kerja kurang dari 32, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas BLUD pedesaan. Demikian halnya di kawasan perkotaan, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan perkotaan cenderung memiliki kategori beban kerja kurang dari 32, meskipun proporsi kategori beban kerja kurang dari 32 sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD perkotaan.

Ditinjau dari aspek rasio utilisasi, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori memiliki rasio utilisasi kurang dari 15%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD daripada Puskesmas BLUD, namun secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara keduanya. Pola yang serupa terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan cenderung terkategori memiliki rasio utilisasi kurang dari 15%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas pedesaan, namun secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara keduanya. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan pedesaan cenderung memiliki kategori rasio utilisasi kurang dari 15%, meskipun demikian proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD pedesaan dibandingkan dengan BLUD pedesaan. Demikian halnya di kawasan perkotaan, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD di kawasan perkotaan cenderung memiliki kategori rasio utilisasi kurang dari 15%, meskipun demikian proporsi kategori rasio utilisasi kurang dari 15% sedikit lebih banyak pada Puskesmas BLUD perkotaan dibandingkan dengan Non-BLUD perkotaan, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan.

Ditinjau dari aspek angka kontak, berdasarkan status Puskesmas, Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori memiliki angka kontak

kurang dari 150/1000. Meskipun demikian, proporsi kategori angka kontak kurang dari 150/1000 sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD daripada Puskesmas BLUD. Namun, secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Pola yang serupa terjadi pada kategori Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Baik Puskesmas pedesaan maupun perkotaan cenderung terkategori memiliki angka kontak kurang dari 150/1000. Meskipun demikian, proporsi kategori angka kontak kurang dari 150/1000 sedikit lebih banyak pada Puskesmas pedesaan daripada Puskesmas perkotaan, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD pedesaan maupun Non-BLUD pedesaan semuanya cenderung terkategori sebagai angka kontak kurang dari 150/1000. Pola yang serupa ditunjukkan oleh Puskesmas kawasan perkotaan. Baik puskesmas BLUD dan Non-BLUD perkotaan cenderung terkategori sebagai angka kontak <150/1000. Meskipun demikian, proporsi kategori angka kontak kurang dari 150/1000 sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD perkotaan daripada Puskesmas BLUD perkotaan, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan.

Ditinjau dari aspek rasio rujukan non-spesialistik, berdasarkan status Puskesmas, baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD cenderung terkategori memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5% sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD daripada Puskesmas BLUD, namun perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa ditunjukkan oleh Puskesmas berdasarkan kategori geografis. Sebagian besar Puskesmas perkotaan dan pedesaan memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%, meskipun demikian proporsi kategori rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5% sedikit lebih banyak pada Puskesmas perkotaan daripada Puskesmas pedesaan , dan secara statistik perbedaan ini signifikan. Apabila dibedakan berdasarkan kondisi geografis, baik Puskesmas BLUD pedesaan maupun Non-BLUD pedesaan cenderung terkategori memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%. Meskipun demikian, proporsi kategori rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5% sedikit lebih banyak pada Puskesmas Non-BLUD pedesaan daripada Puskesmas BLUD pedesaan, namun perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Pola yang serupa terjadi di perkotaan. Baik Puskesmas BLUD maupun Non-BLUD perkotaan cenderung memiliki rasio rujukan non-spesialistik lebih dari 5%, meskipun proporsi rujukan non-spesialistik kurang dari 5% sedikit lebih banyak terdapat pada Puskesmas Non-BLUD perkotaan

daripada Puskesmas BLUD perkotaan, namun secara statistik perbedaan ini tidak signifikan.

Ditinjau dari aspek rasio kunjungan prolanis, sebagian besar Puskesmas untuk semua kategori terkategori memiliki rasio kunjungan prolanis lebih dari 90%. Meskipun demikian, proporsi rasio kunjungan prolanis lebih dari 90% Puskesmas Non-BLUD sedikit lebih banyak dari pada Puskesmas BLUD. Demikian halnya untuk Puskesmas pedesaan yang memiliki proporsi rasio kunjungan prolanis lebih dari 90% sedikit lebih banyak daripada Puskesmas Perkotaan. Selain itu, diketahui bahwa masih terdapat Puskesmas BLUD perkotaan yang memiliki rasio kunjungan prolanis yang kurang dari 50%.

Adapun hasil analisis korelasi untuk mengetahui hubungan antara variabel peneltian dengan pemenuhan komitmen pelayanan ditunjukkan dalam tabel 19 sebagai berikut.

Tabel 19. Rangkuman Analisis Korelasi Antara Variabel Independen dengan Pemenuhan Komitmen Pelayanan

Variabel	Nilai Korelasi							
	Angka Kontak		Rasio Utilisasi		Rasio Rujukan		Kunjungan Prolanis	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Kepesertaan	0,0331*	0,0314*	0,0165*	0,0001*	-0,0491*	-0,0001*	0,9080	-0,4392
Kapitasi	-0,0150*	-0,3173	0,0560	-0,0330*	0,0400*	0,0012*	0,1753	0,1534
Persentase Jaspel	0,1370	0,0617	0,0422*	0,0112*	0,0269*	-0,2695	-0,3089	0,0451*
Kapitasi Aktual	-0,2309	0,0000*	0,0000*	0,0000*	0,0167*	0,0002*	0,3642	0,2766
Non Kapitasi	-0,0706	0,1051	0,7227	-0,1921	-0,1403	0,1748	0,1465	0,0198*
APBN	-0,2172	-0,0193*	-0,0684	-0,1401	-0,0140*	0,4178	0,1033	0,1561
APBD	-0,1347	-0,0470*	0,1679	-0,0605	0,7358	-0,0211*	-0,9812	-0,1559
Retribusi	-0,1391	-0,5768	0,1300	-0,0290*	-0,1719	-0,0600	0,9322	-0,9507
Dokter : Peserta	-0,1399	0,0430*	0,4021	0,0149*	0,3550	0,0922	-0,3653	-0,4348
Waktu	-0,0347*	0,7566	0,0618	-0,0471*	0,0383*	0,0433*	0,1015	0,0576
Beban Kerja	-0,1377	-0,1111	-0,0047*	-0,2978	-0,2504	-0,2282	-0,4710	-0,3746
Geografis	0,6869	0,4695	0,4929	0,1295	0,0098*	0,0143*	-0,4040	0,4775
Jenis PKM	0,3494	0,7346	0,1531	0,8453	-0,3731	-0,2737	0,7130	0,9614

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

Tabel 19 menunjukkan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen berupa pemenuhan komitmen pelayanan yaitu angka kontak, rasio utilisasi, rasio rujukan, dan kunjungan prolanis. Pada tahun 2014, variabel yang berhubungan dengan angka kontak adalah kepesertaan, penerimaan kapitasi, dan waktu pelayanan. Variabel kepesertaan berhubungan positif dengan angka kontak, artinya semakin besar jumlah peserta suatu Puskesmas, maka akan diikuti pula dengan besarnya capaian angka kontak. Sedangkan variabel penerimaan kapitasi dan waktu pelayanan berhubungan negtif dengan angka kontak, artinya semakin tinggi jumlah penerimaan kapitasi dan waktu pelayanan, maka akan diikuti

dengan semakin rendahnya angka kontak. Pada tahun 2015, variabel yang berhubungan dengan angka kontak adalah kepesertaan, kapitasi aktual, penerimaan APBN, APBD, dan rasio dokter terhadap peserta. Variabel kepesertaan, kapitasi aktual, dan rasio dokter terhadap peserta berhubungan positif dengan angka kontak, artinya semaki besar jumlah peserta, kapitasi aktual, dan rasio dokter terhadap peserta suatu Puskesmas, maka akan diikuti pula dengan semakin tingginya angka kontak. Sedangkan variabel penerimaan APBN dan APBD berhubungan negatif dengan angka kontak, artinya semakin besar penerimaan APBN dan APBD suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya angka kontak.

Pada tahun 2014, variabel yang berhubungan dengan rasio utilisasi adalah kepesertaan, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, dan beban kerja. Variabel kepesertaan, alokasi jasa pelayanan, dan kapitasi aktual berhubungan positif dengan rasio utilisasi, artinya semakin besar jumlah peserta, alokasi jasa pelayanan, dan kapitasi aktual suatu Puskesmas, maka akan diiringi pula dengan semakin tingginya rasio utilisasi. Sedangkan beban kerja berhubungan negatif dengan rasio utilisasi, artinya semakin besar beban kerja suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya rasio utilisasi. Pada tahun 2015, variabel yang berhubungan dengan rasio utilisasi adalah kepesertaan, besaran kapitasi, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, retribusi, rasio dokter terhadap peserta, dan waktu pelayanan. Variabel yang berhubungan positif dengan rasio utilisasi adalah kepesertaan, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, dan rasio dokter terhadap peserta. Artinya,semakin besar jumlah peserta, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, dan rasio dokter terhadap peserta suatu Puskesmas, maka akan diiringi pula oleh semakin tingginya rasio utilisasi. Sedangkan penerimaan kapitasi, retribusi, dan waktu pelayanan berhubungan negatif dengan rasio utilisasi, artinya semakin besar penerimaan kapitasi, retribusi, dan waktu pelayanan suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya rasio utilisasi.

Pada tahun 2014, variabel yang berhubungan dengan rasio rujukan adalah kepesertaan, besaran kapitasi, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, penerimaan APBN, waktu pelayanan, dan kondisi geografis. Variabel besaran kapitasi, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, waktu pelayanan, dan kondisi geografis berhubungan positif dengan rasio rujukan. Artinya, semakin besar kapitasi, alokasi jasa pelayanan, kapitasi aktual, dan waktu pelayanan suatu Puskesmas, maka diiringi pula dengan semakin tingginya rasio rujukan. Selain itu, Puskesmas perkotaan memiliki rasio rujukan yang lebih tinggi daripada Puskesmas pedesaan.

Variabel kepesertaan dan penerimaan APBN berhubungan negatif dengan rasio rujukan, artinya semakin besar jumlah peserta dan penerimaan APBN suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya rasio rujukan. Adapun pada tahun 2015, variabel yang berhubungan dengan rasio rujukan adalah kepesertaan, besaran kapitasi, kapitasi aktual, penerimaan APBD, waktu pelayanan, dan kondisi geografis. Variabel besaran kapitasi, kapitasi aktual, waktu pelayanan, dan kondisi geografis berhubungan positif dengan rasio rujukan, artinya semakin besar kapitasi, kapitasi aktual, dan waktu pelayanan suatu Puskesmas, maka akan diiringi pula dengan tingginya rasio rujukan. Selain itu, Puskesmas perkotaan memiliki rasio rujukan yang lebih tinggi daripada Puskesmas pedesaan. Variabel kepesertaan dan penerimaan APBD berhubungan negatif dengan rasio rujukan. Artinya, semakin besar jumlah peserta dan penerimaan APBD suatu Puskesmas, maka akan diiringi dengan semakin rendahnya rasio rujukan.

Pada tahun 2014, tidak ada satu pun variabel yang berhubungan dengan kunjungan prolanis. Akan tetapi pada tahun 2015 alokasi jasa pelayanan dan besaran klaim non-kapitasi berhubungan positif dengan kunjungan prolanis. Artinya, semakin besar alokasi jasa pelayanan dan klaim non-kapitasi suatu Puskesmas, maka akan diiringi pula dengan tingginya kunjungan prolanis.

B. Pembahasan

1. Pemanfaatan dan Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Sistem pembayaran kapitasi dipilih sebagai salah satu bentuk pembiayaan kesehatan yang secara khusus menjadi metode pembayaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Dalam studi ini, FKTP yang dimaksudkan adalah FKTP milik pemerintah, yaitu Puskesmas. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014. Sejak dimulainya sistem ini, sudah banyak regulasi/ landasan kebijakan yang dikeluarkan, diantaranya adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Tujuannya adalah agar menjadi acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Pemerintah (Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota) dan Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan), peserta program Jaminan Kesehatan Nasional dan pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Kemudian, khusus untuk landasan kebijakan dalam

pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi pada FKTP Milik Pemerintah, dapat dilihat dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah Daerah. Lebih khusus lagi, mengatur tentang alokasi dan penggunaan dana kapitasi pada FKTP Milik Pemerintah dapat dilihat dalam Peraturan Menteri Kesehatan 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 yang kemudian diturunkan menjadi peraturan daerah masing-masing.

Terlihat bahwa landasan regulasi terkait dengan pengelolaan dana kapitasi sudah cukup jelas dan diatur serta berada dalam payung hukum yang jelas. Ditinjau dari aspek hukum dan perundang-undangan, regulasi tentang pengelolaan dana kapitasi sudah sesuai dengan hierarki perundang-undangan sebagaimana diatur dalam Pasal 7 ayat (1) dan (2) Undang-Undang No. 12 Tahun 2011. Regulasi terkait pengelolaan dana kapitasi diatur oleh pemerintah daerah melalui peraturan daerah (kabupaten/ kota) sebagai turunan dari peraturan yang secara hierarkis berada di atasnya, antara lain peraturan menteri kesehatan yang merupakan bentuk pelaksanaan peraturan presiden dan undang-undang SJSN. Sesuai dengan teori jenjang norma hukum *(Stufenbautheorie)* yang dikemukakan oleh Hans Kelsen, norma hukum merupakan aturan yang berjenjang dan berlapis dalam suatu hierarki tata susunan. Norma yang lebih rendah berlaku, bersumber, dan berdasar pada norma yang lebih tinggi, sedangkan norma yang lebih tinggi berlaku, bersumber, dan berdasar pada norma yang lebih tinggi lagi dan seterusnya hingga berakhir pada suatu norma yang tidak data ditelusuri lebih lanjut lagi, atau disebut sebagai norma dasar (Saraswati, 2013).

Terkait dengan aspek kekuatan hukum Peraturan Menteri Kesehatan, Saraswati (2013) berpendapat bahwa peraturan menteri merupakan peraturan pusat yang harus dijadikan dasar hukum bagi pembentukan peraturan yang ada di daerah. Meskipun secara hierarkis Permenkes tidak masuk dalam tata urutan peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur dalam UU No. 12 Tahun 2011, peraturan menteri diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang diperintakan oleh peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan (Republik Indonesia, 2011b). Oleh sebab itu, Permenkes terkait pengelolaan dana kapitasi merupakan kerangka acuan

bagi daerah untuk membuat peraturan yang mempunyai kekuatan hukum yang mengikat sesuai dengan hierarki perundang-undangan.

Ide dasar pembayaran dengan sistem kapitasi pada FKTP (dalam hal ini khusus untuk FKTP Milik Pemerintah, yaitu Puskesmas) adalah pembayaran sesuai dengan jumlah peserta BPJS yang terdaftar di dalam Puskesmas tersebut. Besaran/ jumlah dana kapitasi yang ditransfer ke Puskesmas setiap bulannya mengalami fluktuasi, artinya tidak selalu dalam besaran/jumlah yang sama. Hal ini disebabkan oleh dinamika peserta yang jumlahnya dapat berubah-ubah setiap waktu sebagaimana Kurniawan et al. (2016) yang menyatakan bahwa jumlah peserta JKN dan kapitasi Per Orang Per Bulan (POPB) setiap FKTP sangat menentukan besaran total dana kapitasi yang diterima. Dana kapitasi ini akan ditransfer langsung dari BPJS Kesehatan ke rekening Puskesmas yang nantinya akan dikelola dan dipertanggungjawabkan oleh Bendahara JKN Puskesmas. Karena dana kapitasi ini tercatat dan diakui sebagai pendapatan daerah, maka akan ada sistem pelaporan dan pertanggungjawaban kepada Kepala Daerah melalui Bendahara Umum Daerah (DPPKAD/Dispenda/BPKAD) di masing-masing daerah (Republik Indonesia, 2014d). Sesuai dengan Permenkes 19 Tahun 2014, setelah diturunkan kepada masing-masing peraturan daerah, akan ada alokasi dana kapitasi yang besaran pembagian alokasinya tergantung dari kebijakan daerah, namun tidak terlepas dari acuan minimal 60% dialokasikan untuk jasa pelayanan di Puskesmas. Bentuk peraturan ini berupa Peraturan Bupati/Peraturan Walikota (Republik Indonesia, 2014a).

Pada tahun 2014, dana kapitasi yang masuk ke rekening Puskesmas tidak dapat langsung dimanfaatkan. Hal ini disebabkan karena tidak semua dana kapitasi dapat diakomodir dalam dokumen perencanaan penganggaran Puskesmas yang telah disahkan oleh Pemerintah Daerah. Di sisi lain, dana kapitasi yang masuk dari BPJS Kesehatan tidak sedikit jumlahnya. Pada akhirnya, ditemukan permasalahan sisa lebih dana kapitasi. Sisa lebih dana kapitasi dalam penelitian ini adalah sisa dari besaran pembayaran per-bulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang belum habis termanfaatkan oleh FKTP di bulan atau tahun yang bersangkutan. Karena dalam peraturan dana kapitasi melingkupi dua jenis peruntukan dana, maka kemungkinan terdapat sisa lebih dana kapitasi juga yang bersumber dari dua jenis peruntukkan tersebut, yaitu sisa yang dapat berupa jasa pelayanan dan/atau dukungan biaya operasional (belanja obat, alat kesehatan, belanja medis habis pakai). Penelitian sebelumnya tentang pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi JKN juga menemukan beberapa permasalahan terkait

sisa lebih dana kapitasi, yaitu belum mengatur kapitasi masuk dalam mekanisme surplus dan defisit APBD, pelaksanaan dan penatausahaan dana kapitasi belum disesuaikan dengan mekanisme keuangan daerah, terutama untuk sisa lebih dana kapitasi, dan belum mengatur peruntukan dalam memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi (Kurniawan et al., 2016).

Pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas dikategorikan menjadi 3 kelompok. Pertama, puskesmas yang memiliki sisa lebih dana kapitasi dan sudah dapat memanfaatkan sisa lebih dana tersebut untuk menunjang kegiatan dan operasional di Puskesmas. Kedua, puskesmas yang memiliki sisa lebih dana kapitasi, namun tidak/ belum dapat memanfaatkan sisa lebih dana tersebut. Ketiga, puskesmas yang tidak memiliki sisa lebih dana kapitasi atau dengan kata lain dana kapitasi dapat termanfaatkan habis untuk jasa pelayanan maupun operasional puskesmas. Puskesmas yang dapat memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi sebagian besar mengalami benturan dengan mekanisme keuangan di masing-masing daerah dalam proses pemanfaatannya.

Proses perencanaan dan penganggaran daerah sudah disahkan dan sudah mulai berjalan pada saat dana kapitasi masuk ke rekening Puskesmas. Oleh karena itu, dana kapitasi tidak dapat secara optimal dimanfaatkan karena dokumen perencanaan anggaran sudah disahkan. Hasilnya, pada tahun 2014 mulai diketahui adanya sisa lebih dana kapitasi dalam jumlah yang cukup besar di masing-masing puskesmas. Sisa lebih dana kapitasi tidak berhenti pada tahun 2014 saja, akan tetapi terakumulasi hingga tahun 2015 dan 2016. Dana kapitasi dan sisa lebihnya yang belum termanfaatkan pada berkenaan tetap mengikuti mekanisme keuangan di daerah. Di sisi lain, dana kapitasi yang dikeluarkan BPJS Kesehatan untuk Puskesmas dialokasikan berdasarkan jumlah peserta JKN di Puskesmas. Hal ini juga akan berpengaruh pada banyak sedikitnya sisa lebih dana kapitasi yang dapat diketahui secara riil pada akhir tahun anggaran.

Sisa lebih dana kapitasi dimanfaatkan kembali oleh Puskesmas pada tahun anggaran berikutnya. Saat studi dilakukan, diketahui bahwa sisa lebih dana kapitasi dapat terjadi karena jumlah penerimaan kapitasi yang direncanakan lebih kecil dibandingkan dengan jumlah dana kapitasi yang diterima, atau dana kapitasi yang tidak/belum termanfaatkan baik dari alokasi biaya operasional ataupun jasa pelayanan. Sebagian besar daerah, menyatakan bahwa sisa lebih dana kapitasi paling banyak diperoleh dari alokasi dana operasional. Dana kapitasi yang dialokasikan untuk jasa pelayanan terserap habis, sedangkan yang dialokasikan untuk operasional tidak dapat terserap sepenuhnya. Ini disebabkan oleh sebagian

kebutuhan operasional Puskesmas misalnya obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan dipenuhi dari sumber lain yaitu Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2015) maupun sumber lain yaitu Dana Alokasi Umum (DAU) (Rumbay, Kandou, & Soleman, 2015). Adanya sisa lebih dana kapitasi juga terbukti berhubungan negatif dengan jasa pelayanan. Dengan kata lain, proporsi alokasi jasa pelayanan yang semakin kecil dibandingkan operasional akan memicu terjadinya sisa lebih dana kapitasi yang semakin besar.

Temuan menarik, beberapa daerah mengalokasikan sisa lebih dana kapitasi untuk tahun berikutnya dengan utuh tanpa membagi lagi berdasarkan sumbernya. Apabali sisa lebih berasal dari sisa operasional, maka sesuai dengan Permenkes 21/2016 seharusnya dana tersebut dialokasikan kembali untuk operasional. Demikian sebaliknya, apabila sisa lebih dana kapitasi bersal dari jasa pelayanan maka dana tersebut dialokasikan pada tahun berikutnya untuk jasa pelayanan (Republik Indonesia, 2016a). Namun, karena belum ada regulasi jelas di daerah, maka yang menjadi acuan tentu peraturan yang sudah ada sebelumnya. Sebelum adanya Permenkes 21/2016, pengelolaan sisa lebih dana kapitasi belum diatur secara spesifik dalam peraturan pusat (peraturan menteri kesehatan) dan daerah (peraturan daerah), sehingga sebagian besar Puskesmas juga belum mengelola sisa lebih dana kapitasi, terutama dari alokasi obat. Bagi puskesmas yang tidak/belum dapat memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi lebih banyak disebabkan karena belum adanya regulasi yang jelas mengatur tentang pengelolaan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi, sehingga Puskesmas merasa ragu dan takut, serta tidak tahu bagaimana pemanfaatan dana tersebut. Akibatnya, sisa lebih dana kapitasi tahun 2014 dan 2015 masih menumpuk di rekening Puskesmas.

Ketakutan dalam mengelola dan memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi dan anggaran pemerintah secara umum bukan hal yang asing dalam pegelolaan dana pemerintah. Aspek regulasi dan payung hukum merupakan alasan utama yang mendasari. Kumorotomo (2011) menyebutkan bahwa ketatnya peraturan terkait pengadaan, semakin gencarnya penegak hukum yang terkadang "mencari-cari" kesalahan prosedur, dan rendahnya kemampuan SDM dalam penganggaran dan pelaksanaan kegiatan mengakibatkan melambatnya pencairan dana APBN maupun APBD. Para pegawai enggan menerima tugas sebagai petugas pengadaan. Bahkan disebutkan dari sebanyak 500 orang yang mengikuti ujian pengadaan barang dan jasa di Jawa Timur, hanya 5 orang yang lulus. Bukan karena faktor terlalu sulitnya soal ujian, tetapi karena banyak di antara calon yang memang tidak ingin lulus dan tidak ingin bekerja dalam pengadaan barang dan jasa. Kondisi ini senada dengan

temuan dalam studi, Jawa Timur yang direpresentasikan oleh Kabupaten Jember merupakan daerah yang sangat berhati-hati dalam pengelolaan dana kapitasi dan secara umum dana JKN. Porsi untuk belanja operasional yang melibatkan pihak ketiga belum terserap sehingga sisa lebih dana JKN sampai akhir 2015 mencapai 39 miliar.

Ditinjau dari segi pemanfaatan, wilayah studi yang mana Pemerintah Daerah nya sudah mengambil kebijakan untuk memperbolehkan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi (mengacu Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik Pemda) mengharuskan Puskesmas membuat perencanaan kembali sebagaimana perencanaan saat pemanfaatan dana kapitasi beserta dengan perkiraan pendapatan lainnya. Proses perencanaan ini dapat terbagi dalam 2 (dua) jalur, yaitu boleh langsung digunakan sejak awal tahun selanjutnya melalui Rencana Anggaran Bisnis Induk atau harus menunggu adanya Anggaran Perubahan yang pada umumnya mulai direncanakan sejak bulan Juli-Agustus tahun berjalan. Melalui kedua anggaran inilah Puskesmas dapat membawa serta sisa lebih dana kapitasi untuk dapat digunakan. Namun, dari hasil wawancara yang dilakukan, masing-masing perencanaan anggaran memiliki kelebihan dan kelemahan. Sisa lebih dana kapitasi yang direncanakan dari anggaran induk merupakan estimasi, bukan angka riil sisa lebih dana kapitasi, namun dana tersebut sejak awal tahun sudah dapat dialokasikan bersama dengan perkiraan pendapatan lainnya. Dengan kata lain kesempatan untuk memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi memiliki waktu yang lebih panjang. Sedangkan jika menggunakan anggaran perubahan, waktu untuk pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi di akhir tahun sangat terbatas.

Kedua perencanaan anggaran ini di sisi lain juga sama-sama dibatasi oleh pagu/batas anggaran. Pagu anggaran akan kita temukan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan dengan istilah prioritas dan plafon anggaran yang selanjutnya disingkat PPA, yaitu program prioritas dan patokan batas maksimal anggaran yang diberikan kepada SKPD untuk setiap program sebagai acuan dalam penyusunan RKA-SKPD setelah disepakati dengan DPRD. Besaran pagu/batas anggaran berbeda untuk setiap puskesmas, dan tentunya berbeda pula antardaerah. Adanya pagu ini memberikan batasan bagi puskesmas untuk membelanjakan anggaran selama satu tahun berjalan (Republik Indonesia, 2006). Selain itu, pagu anggaran juga berdampak pada terbatasnya pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi. Ini disebabkan karena seluruh sisa lebih dana kapitasi belum tentu dapat terfasilitasi ke dalam dokumen

perecanaan jika pagu anggaran tersebut tidak/belum mempertimbangkan adanya potensi sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas.

Pagu anggaran seringkali dijadikan obyek dalam sebuah politik anggaran pemerintah. Penelitian yang dilakukan Marhaeni & Herawati (2016) menyebutkan pembagian anggaran yang diusulkan lebih banyak diatur oleh DPR. Pengelola program di lingkungan Kementerian Kesehatan seringkali terkaget dengan pagu anggaran definitif yang ditetapkan berubah hampir 90% dari pagu sementara yang disusulkan. Padahal pagu anggaran yang diusulkan oleh Kementerian Kesehatan telah dihitung sesuai dengan formula. Hal ini mengindikasikan bahwa formula yang telah disusun oleh pengelola program tidak mampu mempengaruhi keputusan politik DPR. Konflik kepentingan internal DPR merupakan salah satu pemicu dalam *agenda setting* pagu anggaran ini. Padahal idealnya badan eksekutif seharusnya memiliki sumber daya konstitusional yang lebih besar dari pada badan legislatif. Badan eksekutif harus mampu meyakinkan badan legislatif untuk menyetujui langkah-langkah yang diusulkan apabila langkah tersebut melibatkan proses legislatif (Buse, Mays, & Walt, 2005).

Setelah rencana anggaran puskesmas (masuk ke dalam perencanaan keuangan Dinas Kesehatan) disahkan melalui rapat tim anggaran daerah dan persetujuan DPRD, maka Puskesmas sudah dapat menggunakan dana tersebut. Dalam tahapan pencairan dana dan pertanggungjawaban dana sisa lebih kapitasi (yang bisa termanfaatkan) mengikuti mekanisme keuangan daerah, dengan kata lain tidak ada perlakuan khusus untuk sisa lebih dana kapitasi pada saat dimanfaatkan oleh Puskesmas. Proses pencairan dan pertanggungjawaban ini dapat dikatakan mengikuti prosedur yang secara umum tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014. Pada BAB II tentang Pengelolaan Dana Kapitasi JKN. Namun dalam peraturan ini, proses penganggaran, pencairan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi (yang berlaku juga prosesnya untuk sisa lebih dana kapitasi) hanya ditujukan untuk Puskesmas yang belum berstatus BLUD (Republik Indonesia, 2014d). Hal ini dikarenakan untuk Puskesmas BLUD sudah memiliki acuan prosedur pengelolaan keuangan sendiri. Demi mendukung pelaksanaan kegiatan mulai dari perencanaan sampai dengan pertanggungjawaban, puskesmas tidak bisa melakukan secara sepihak. Perlu ada sektor lain yang turut serta berperan di dalamnya.

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 menyebutkan bahwa lintas sektor yang berkaitan dengan masalah pengelolaan dana kapitasi adalah SKPD Dinas Kesehatan dan PPK selaku Bendahara Umum Daerah atau dapat disebut sebagai

Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD). SKPD Dinas Kesehatan banyak terkait dengan proses fasilitasi dokumen perencanaan anggaran, fasilitasi pencairan anggaran, serta melakukan pengawasan terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi, termasuk juga dengan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi. Sedangkan untuk BPKAD, lebih banyak berperan dalam proses kaitan dengan pengesahan dan pencairan dana. Peran ini juga sama berlaku untuk daerah yang sudah dapat memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi. Sektor lain yang memiliki keterkaitan namun tidak secara langsung berkenaan dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas adalah BPJS Kesehatan selaku pembayar dari dana kapitasi. Namun, peran ini lebih banyak kepada pengawasan dan penilaian kinerja pelayanan puskesmas saja (Republik Indonesia, 2014d).

2. Peluang dan Tantangan Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Tujuan dari adanya dana kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke Puskesmas tidak lain adalah untuk menunjang seluruh kegiatan pelayanan di Puskesmas yang diharapkan dapat berdampak pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Namun, dari hasil kajian diketahui bahwa ternyata dalam pemanfaatan dana kapitasi itu sendiri masih memiliki kendala. Diketahui bahwa masih terdapat kesenjangan antarjenis dan geografis Puskesmas. Ketimpangan rasio dokter terhadap peserta, rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan masih terjadi antara Puskesmas perkotaan dan pedesaan dan Puskesmas BLUD dan Non-BLUD. Selain itu, sebagian besar Puskesmas memiliki rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan non-spesialistik yang belum mencapai zona aman. Rendahnya capaian indikator pemenuhan komitmen pelayanan ini yang akhirnya juga akan memicu besarnya sisa lebih dana kapitasi.

Besarnya sisa lebih dana kapitasi dalam penelitian yang dipicu oleh rendahnya capaian indikator pemenuhan komitmen pelayanan ini analog dengan penelitian Kumorotomo (2011) yang menyebutkan bahwa Besaran SILPA yang meningkat dari tahun ke tahun mengindikasikan rendahnya komitmen para pelaksana program dalam melaksanakan anggaran publik. Oleh karena itu, strategi pembiayaan berbasis kinerja *(performance-based financing)* memang perlu dilakukan agar memberikan dampak terhadap perbaikan kesehatan, sebagaimana pengalaman Kamboja yang berhasil menurunkan angka kematian neonatal dengan menerapkan *performance-based financing* selama 1999-2010 (Poel, Flores, Ir, & O'Donnell, 2016). Pembiayaan berbasis kinerja gencar dilakukan oleh negara berkembang dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Isu buruknya akuntabilitas, rendahnya capaian kinerja,

dan tingginya absensi mendasari dicanangkannya *performance-based financing* (Gertler & Vermeersch, 2012; Meessen, Soucat, & Sekabaraga, 2011).

Kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai sistem yang diberlakukan oleh BPJS Kesehatan per 1 Agustus 2015 merupakan sistem kendali mutu pelayanan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan. Tujuannyaa adalah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan jaminan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015b). Berdasarkan hasil penelitian ini, indikator pemenuhan komitmen pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat ditingkatkan dengan mempertimbangkan beberapa variabel yang secara statistik memiliki keterkaitan yaitu aspek kepesertaan, besaran kapitasi dan non-kapitasi, alokasi jasa pelayanan, rasio dokter terhadap peserta, beban kerja, dan sumber penerimaan Puskesmas selain JKN. Selain itu, kondisi geografis dan waktu pelayanan juga merupakan aspek yang perlu diperhatikan dalam mengintervensi variabel komitmen pelayanan berdasarkan aspek-aspek tersebut. Sehingga, dengan melakukan intervensi terhadap variabel tersebut maka secara tidak langsung akan turut menurunkan besarnya sisa lebih dana kapitasi yang belum termanfaatkan oleh Puskemas.

Kendala utama pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi adalah belum adanya landasan kebijakan pada tahun 2014 dan 2015 yang secara rinci mengatur pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Sebenarnya dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 pada pasal 7 ayat 3 sudah terdapat klausul bahwa *"Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya."* (Republik Indonesia, 2014d). Namun, pernyataan ini dirasa masih terlalu umum bagi daerah untuk mengatur bagaimana mekanisme pengelolaan sisa lebih dana kapitasi yang tepat. Dengan kata lain, perlu ada acuan untuk petunjuk teknis dalam pengelolaan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi.

Kemudian, pada bulan Mei tahun 2016 muncul Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah sebagai bentuk revisi untuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014. Dalam Permenkes 21/2016 pada BAB V tentang Pemanfaatan Sisa Dana Kapitasi, pasal 7 yang terdiri dari 3 ayat, menjelaskan tentang pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi sesuai dengan sumber peruntukkannya yang dapat digunakan kembali di tahun selanjutnya dan di pasal 8 dikatakan bahwa perencanaan untuk pemanfaatan sisa

lebih dana kapitasi harus masuk ke dalam Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan. Dalam Peraturan ini terlihat bahwa pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi tetap harus masuk ke dalam mekanisme perencanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Meskipun dalam peraturan ini sisa lebih dana kapitasi dapat lebih leluasa untuk digunakan, namun di daerah harus tetap menunggu adanya Perda (Peraturan Daerah) yang mengadopsi Permenkes 21/2016. Regulasi pusat tidak dapat langsung diterapkan di daerah tanpa melalui Peraturan Daerah setempat. Selain itu, dalam Permenkes 21/2016, pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi belum secara rinci dijelaskan prosedur pemanfaatannya. Hal ini masih terbatas pada syarat umum peruntukkan dana dan terintegrasinya perencanaan puskesmas untuk sisa lebih dana kapitasi ke dalam perencanaan Dinas Kesehatan. Sehingga, untuk mendukung adanya pelaksanaan pengelolaan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi, juga diperlukan suatu petunjuk teknis yang fleksibel, aman, dan mudah dijalankan oleh daerah atau dalam hal ini khusus kepada Puskesmas. Diharapkan regulasi tersebut dapat diperkuat dan diperjelas dengan sistem/alur kerja pemanfaatan dan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi mulai dari proses perencanaan penganggaran, pencairan dan peruntukkan dana, pertanggungjawaban, sistem monitoring dan evaluasi, serta peran serta dari lintas sektor terkait.

Selain dari aspek regulasi, dalam kajian ini ditemukan adanya kemungkinan potensi kendala dari sisi mekanisme keuangan daerah. Hal ini dapat terlihat dari beberapa hal, yaitu pertama, sisa lebih dana kapitasi tidak dapat langsung digunakan. Selama ini sebagian besar puskesmas harus menunggu adanya anggaran perubahan untuk memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi. Sedangkan di sisi lain, pemanfaatan dana dalam Anggaran Perubahan memiliki waktu yang sangat sempit di akhir tahun. Hal ini menyebabkan sisa lebih dana kapitasi masih belum dapat terserap secara optimal dan menjadi sisa kembali di tahun selanjutnya. Kedua, mekanisme keuangan daerah memiliki sistem pagu anggaran yang sampai dengan saat ini sebagian besar daerah belum mengikutsertakan potensi sisa lebih dana kapitasi.

Berdasarkan permasalahan ini, daerah memiliki peluang untuk dapat memonitor dan menilai sistem penyaluran dana *(fund channeling)* untuk mengoptimalkan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Apakah sisa lebih dana kapitasi harus tetap mengikuti mekanisme APBD ataukah tidak. Dengan atau tanpa mekanisme APBD, tentunya daerah harus sama-sama memiliki komitmen untuk dapat memperhitungkan kondisi keuangan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas.

Sebagai tambahan, tentunya bagi daerah yang ingin tetap melalui mekanisme APBD maka perlu merancang sistem penjadwalan perencanaan yang lebih mudah dan tepat waktu. Artinya, jangan sampai Puskesmas terhambat untuk bisa memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi. Komitmen ini dapat diperkuat dengan timeline daerah dan didukung oleh SK Kepala Daerah setempat.

Pilihan kedua, jika pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi tersebut dapat digunakan dengan tidak melalui mekanisme keuangan daerah/APBD, maka perlu adanya regulasi yang mendukung fleksibilitas pemanfaatan dana kapitasi dan sisa lebih dana kapitasi dengan tidak memasukkan dana tersebut ke dalam mekanisme APBD. Di sisi lain, sebagai pembayar, tentunya karena kendali daerah tidak terlalu banyak untuk opsi ini, maka sangat perlu untuk mengoptimalkan peran BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap besaran penerimaan dana kapitasi, pemanfaatan dana kapitasi, dan pemanfaatan serta pengetahuan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas.

Isu lain yang juga menjadi tantangan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi adalah sumber daya manusia. Aspek sumber daya manusia merupakan faktor yang turut berperan dalam terjadinya sisa lebih dana kapitasi. Masalah SILPA juga menunjukkan bahwa kemampuan sumberdaya manusia terkadang tidak didukung oleh sikap profesionalisme aparat publik yang memadai (Kumorotomo, 2011). Staf Puskesmas tidak seluruhnya memahami tentang mekanisme pengelolaan kapitasi secara komprehensif, apalagi aspek keuangannya. Latar belakang pendidikan yang sebagian besar adalah dari ilmu klinis dan kesehatan dirasa memerlukan penyesuaian terhadap aspek manajemen dan administrasi. Kurangnya ketrampilan manajerial SDM di fasilitas pelayanan kesehatan terutama pada *middle management* bukan merupakan hal baru. Kondisi ini sejalan dengan penelitian Meissner & Radford (2015) yang menyatakan bahwa salah satu isu utama yang perlu diperhatikan dalam industri pelayanan kesehatan adalah lemahnya aspek manajerial dan *leadership*, terutama pada level *middle management*. Program pengembangan kapasitas lebih diarahkan pada peningkatan *skill* klinis dari pada *skill* manajerial. Sehingga akan sering dijumpai petugas pelayanan kesehatan mengalami kesulitan dalam aspek manajemen dan administrasi, tak terkecuali pada proses perencanaan dan penganggaran sebagai bagian dari siklus manajemen.

BAB VI
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi
    a. Penerimaan dana kapitasi Puskesmas BLUD cenderung lebih besar daripada Puskesmas Non BLUD karena kepesertaan Puskesmas BLUD lebih besar daripada Puskesmas Non BLUD. Kondisi geografis turut memperbesar gap dimana penerimaan Puskesmas perkotaan lebih besar daripada Puskesmas pedesaan
    b. Pemanfaatan untuk jasa pelayanan tertinggi dijumpai di Puskesmas BLUD terutama Puskesmas BLUD di pedesaan, namun telah terjadi pergeseran pola yang sebaliknya di Puskesmas BLUD di perkotaan

2. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitasi
    a. Sisa lebih kapitasi Puskesmas BLUD lebih besar daripada Puskesmas Non BLUD, demikian halnya dengan Puskesmas perkotaan yang lebih besar daripada Puskesmas pedesaan. Hal ini disebabkan karena tingginya penerimaan Puskesmas BLUD dan Puskesmas perkotaan baik dari kapitasi, non-kapitasi, dan retribusi. Tingginya penerimaan APBN dan APBD juga menyebabkan tingginya sisa lebih kapitasi di Puskesmas BLUD di Pedesaan
    b. Rendahnya capaian indikator KBK memicu semakin besarnya sisa lebih dana kapitasi di daerah studi.

3. Pengelolaan Sisa Lebih Kapitasi
    a. Perencanaan, penganggaran, dan pencairan sisa lebih dana kapitasi mengikuti mekanisme APBD baik APBD induk maupun APBD perubahan, sehingga sisa dana tersebut tidak dapat digunakan secara langsung oleh Puskesmas tanpa ada pengajuan, rekonsiliasi, dan pengesahan dokumen anggaran dari Pemda.
    b. Jumlah sisa lebih dana kapitasi dan pemanfaatannya akan dilaporkan di akhir tahun yang dipertanggungjawabkan oleh Puskesmas kepada Dinkes dan DPPKAD
    c. Proses perencanaan sisa lebih dana kapitasi tidak terpisahkan dengan perencanaan anggaran dan belanja Puskesmas. Untuk puskesmas

BLUD, sisa lebih dana kapitasi menjadi satu kesatuan dengan sisa pendapatan BLUD.

d. Dinkes memiliki peran terhadap Puskesmas dalam hal pengawasan dan pembinaan. Hal yang serupa juga ditemukan dalam peran DPPKAD terhadap Puskesmas, khususnya dengan Puskesmas BLUD. Di lain sisi, studi menunjukkan bahwa belum ada peran dari Bappeda, BPJS Kesehatan, dan Adinkes dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.
e. Pengelolaan sisa lebih dana kapitasi belum diatur dalam peraturan pusat dan daerah (sebelum Permenkes 21/ 2016), sehingga sebagian besar Puskesmas di daerah belum mengelola sisa lebih dana kapitasi, terutama dari alokasi obat. Walaupun demikian, dijumpai Puskesmas yang tetap mengelola sisa lebih kapitasi selama ada arahan teknis dari Dinas Kesehatan kabupaten/ kota dengan mengacu pada peraturan mekanisme keuangan daerah dan alokasi dana kapitasi.
f. Permenkes 21/ 2016 memberi keleluasaan penggunaan sisa lebih dana kapitasi, namun beberapa Puskesmas di daerah masih belum menggunakannya karena belum diturunkan menjadi Perda dan belum adanya pedoman teknis pelaksanaan.

4. Kinerja dan Komitmen Pelayanan
   a. Capaian KBK menjadi salah satu faktor yang telah memicu Puskesmas untuk terus memperbaiki komitmen pelayanan sehingga pemanfaatan kapitasi dan sisa lebih dana kapitasi yang fleksibel sangat penting bagi Puskesmas
   b. Meskipun sebagian besar Puskesmas memilik rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan non-spesialistik yang belum mencapai zona aman, akan tetapi terdapat perbaikan capaian angka kontak di tahun 2015. Berbeda halnya rasio kunjungan prolanis yang sebagian besar Puskesmas telah mencapai zona prestasi.

B. Rekomendasi

1. Mengoptimalkan kebijakan redistribusi kepesertaan antar FKTP yang disertai penyusunan petunjuk teknis pelaksanaan. Adanya pemerataan ketika pertumbuhan kepesertaan yang tinggi seperti saat ini diharapkan dapat sesuai dengan beban kerja dan mendukung pemberian pelayanan yang lebih baik.
2. Memperkuat regulasi Permenkes 21/ 2016 mengenai pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, baik untuk Puskesmas BLUD maupun Puskesmas NON BLUD yang menjelaskan mengenai :
    a. Prosedur perencanaan penganggaran
    b. Prosedur pencairan dana
    c. Prosedur peruntukan dana
    d. Prosedur pertanggungjawaban
    e. Ketentuan monitoring dan evaluasi
    f. Keterlibatan BPJS Kesehatan, Pemda, dan stakeholder lainnya.
3. Menyusun pedoman teknis pengelolaan sisa lebih kapitasi untuk memperkuat implementasi regulasi di poin (2).
4. Mengevaluasi *fund channeling* untuk mengoptimalkan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, baik dengan atau tanpa melalui mekanisme APBD
    a. Apabila tetap melalui mekanisme APBD
        1) Perencanaan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi dan pengesahan APBD-P dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan jadwal perencanaan daerah yang diperkuat dengan SK Kepala Daerah
        2) Mengadvokasi penetapan besaran pagu anggaran belanja daerah yang harus mempertimbangkan penerimaan kapitasi dan potensi sisa lebih dana kapitasi. Kapitasi merupakan salah satu kontributor tertinggi penerimaan Puskesmas sehingga diharapkan penyerapan kapitasi dapat optimal

b. Apabila tidak melalui mekanisme APBD

1) Memperkuat regulasi yang mendukung fleksibilitas pemanfaatan dana kapitasi dan sisa lebih dana kapitasi dengan tidak memasukkan dana tersebut ke dalam mekanisme APBD

2) Mengoptimalkan peran BPJS Kesehatan untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap besaran dana kapitasi, pemanfaatan dana kapitasi, dan sisa lebih dananya di Puskesmas.

REFERENSI

BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Gate Keeper Concept Faskes BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan. (2015a). Agar BPJS Kesehatan Tidak Layu Sebelum Berkembang. *Info BPJS Kesehatan*, 1–12. Retrieved from http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/e5c72beb564da7a5323d9ac528caca87.pdf

BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Pub. L. No. Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1094 (2015). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia.

BPJS Kesehatan. (2016). Rekapitulasi Kepesertaan BPJS Update Data 11 Maret 2016. Retrieved from http://infobpjs.net/wp-content/uploads/2016/03/peserta-bpjs.jpg

Budiarto, W., & Oktarina. (2016). Analisis Kesiapan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagai Gatekeeper dalam Penyelenggaraan JKN di Kalimantan Timur dan Jawa Tengah Tahun 2014. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, *19*(1), 11–19.

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). *Making Health Policy*. *Making Health Policy*. London: Open University Press. http://doi.org/0 335 21839 3

Gertler, P., & Vermeersch, C. (2012). Using performance incentives to improve health outcomes. *World Bank Policy Research Working …*, (140). Retrieved from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2089240

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from http://depkes.go.id/index.php?vw=2&id=SNR.13100003

Komisi Pemberantasan Korupsi. (2015). KPK Temukan 4 Kelemahan Pengelolaan Dana Kapitasi. Retrieved January 15, 2016, from http://www.kpk.go.id/id/berita/siaran-pers/2440-kpk-temukan-4-kelemahan-pengelolaan-dana-kapitasi#

Kumorotomo, W. (2011). Akuntabilitas Anggaran Publik: Isu Politik, Prioritas Belanja, dan SILPA dalam Alokasi APBD di Beberapa Daerah. *Journal JIANMaP*, *1*(1), 1–22.

Kurniawan, M. F., Siswoyo, B. E., Mansur, F., Aisyah, W., Revelino, D., & Gadistina, W. (2016). Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, *05*(03), 122–131.

Marhaeni, D., & Herawati, D. (2016). Politik Anggaran di Sektor Kesehatan. *Seminar Nasional Kebijakan Kesehatan Indonesia*.

Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(2), 153–156. http://doi.org/10.2471/BLT.10.077339

Meissner, E., & Radford, K. (2015). Importance and performance of managerial skills in the Australian aged care sector - a middle managers' perspective. *Journal of Nursing Management*, *23*(6), 784–793. http://doi.org/10.1111/jonm.12208

Poel, E. Van De, Flores, G., Ir, P., & O'Donnell, O. (2016). Impact of Performance-Based Financing in a Low-Resource Setting: a Decade of Experience in Cambodia. *Health Economics*, *25*(6), 688–705. http://doi.org/10.1002/hec.3219

Republik Indonesia. Perubahan ke IV Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (2002). Indonesia: Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pub. L. No. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 (2004). Indonesia: Sekretaris Negara Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Pub. L. No. Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104 (2004). Indonesia: Sekretaris Negara Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (2006). Indonesia: Menteri Dalam Negeri.

Republik Indonesia. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor13 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, Pub. L. No. Berita Negara

Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310 (2011). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (2011). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (2013). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. 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 (2014). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional (2014). Indonesia: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) (2014). Indonesia: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pub. L. No. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81 (2014). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia.

Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tetang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pub. L. No. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 761 (2016). Indonesia: Direktur Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Pub. L. No. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor1475 (2016). Indonesia: Direktur Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Pub. L. No. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601 (2016). Indonesia: Direktur Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Rumbay, I. N., Kandou, G. D., & Soleman, T. (2015). Analisis Perencanaan Obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jikmu*, *5*(2b), 469–478.

Saraswati, R. (2013). Problematika Hukum Undang-undang No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. *Yustitia*, *87*(September - Desember), 97–103.

Siswoyo, B. E., Prabandari, Y. S., & Hendrartini, Y. (2015). Kesadaran Pekerja Sektor Informal terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, *04*(04), 118–125.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press, Inc.

Turner, A., Yansaneh, I., & Jambwa, M. (2008). *Designing Household Survey Samples: Practical Guidelines*. *United Nations* (Vol. ST/ESA/STA). http://doi.org/ 10.1177/0193841X07311993

World Health Organization. (2005). Fifty-Eighth World Health Assembly, (May), 1–159.

World Health Organization. (2014). *Implementation Research Toolkit*. Geneva: WHO Document Production Services.