LAPORAN

Kajian Efektivitas Sistem Pembayaran Kapitasi Khusus di Daerah Terpencil dan Kepulauan Tahun 2018

Gedung Radioputro Lantai 2 Sayap Barat
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM
Jalan Farmako Sekip Utara, Yogyakarta 55281

0274 - 631022

pusatkpmak@ugm.ac.id

LAPORAN

KAJIAN EFEKTIFITAS SISTEM PEMBAYARAN DENGAN KAPITASI KHUSUS DI DAERAH TERPENCIL TAHUN 2018

Executive Summary

Latar Belakang

BPJS Kesehatan menerapkan sistem pembayaran kapitasi kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Tarif kapitasi mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, dengan besaran tarif sebagai berikut:

1. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 3.000,00 sampai dengan Rp 6.000,00 per jiwa per bulan
2. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 8.000,00 sampai dengan Rp 10.000,00 per jiwa per bulan
3. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp 2.000,00 per jiwa per bulan

Bagi FKTP di daerah terpencil dan kepulauan maka fasilitas kesehatan tersebut menerima tarif kapitasi khusus. Besaran dan ketentuan kapitasi khusus adalah sebagai berikut:

1. Untuk puskesmas dengan dokter Rp 10.000,00 per jiwa per bulan
2. Untuk puskesmas dengan bidan/perawat Rp 8.000,00 per jiwa per bulan
3. Dalam hal jumlah peserta terdaftar pada FKTP kurang dari 1.000 jiwa, FKTP dibayar sejumlah kapitasi untuk 1.000 jiwa.

Sampai saat ini belum ada kajian yang melakukan evaluasi terhadap implementasi kapitasi khusus. Oleh karena itu Pusat KPMAK FKKMK UGM beserta BPJS Kesehatan melakukan kerjasama dalam kajian Efektifitas Sistem Pembayaran dengan Kapitasi Khusus di Daerah Terpencil dan Kepulauan. Kajian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara menyeluruh pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi khusus, termasuk dalam hal ini peran pemerintah daerah, proses penentuan dan penetapan puskesmas, alternatif pembayaran, harmonisasi regulasi, evaluasi kriteria, dan alternatif indikator bagi puskesmas penerima kapitasi khusus.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancang bangun *cross sectional* dengan puskesmas – yang ditentukan secara *random sampling* – sebagai unit analisis. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) di 22 kabupaten/kota. Wawancara mendalam dilakukan dengan Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, Bappeda, Bupati/Walikota, dan kepala puskesmas penerima kapitasi khusus (untuk puskesmas yang tidak memungkinkan dilakukan FGD karena kendala geografis dan transportasi). Sedangkan FGD dilakukan dengan kepala puskesmas penerima kapitasi khusus. Data sekunder diperoleh dari dokumen keuangan dan SDM puskesmas serta dokumen BPJS Kesehatan yang mencakup data kepesertaan, jumlah dokter, kaitasi dan utilisasi puskesmas.

Untuk mengetahui efektifitas kapitasi khusus kajian ini menggunakan 59 Puskesmas penerima kapitasi khusus dan 58 Puskesmas yang tidak menerima kapitasi khusus (non kapitasi khusus).

Kelima puluh sembilan puskesmas Kapitasi Khusus ini memiliki waktu yang berbeda dalam pertama kali mendapatkan kapitasi khusus, 3 puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2015 dimana 2 puskesmas pada bulan Agustus 2015 dan 1 puskesmas pada bulan Desember 2015. Selanjutnya 8 Puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2016 dimana 2 puskesmas mendapatkan kapitasi khusus pada bulan Januari 2016, 4 puskesmas pada bulan April 2016 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2016. Sisanya sebanyak 48 puskesmas merupakan puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus pada tahun 2017 yaitu tepatnya 11 puskesmas pada bulan Januari 2017, 5 puskesmas pada Maret 2017, 13 puskesmas pada bulan Juli 2017, 19 puskesmas pada bulan September 2017 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2017. Sebagai kontrol untuk melihat dampak efektifitas kapitasi khusus ditentukan puskesmas yang tidak menerima kapitasi khusus pada tahun analisis (2014-2018) dengan kriteria: 1) Puskesmas tidak menerima kapitasi khusus, 2) Puskesmas berlokasi di kabupaten dimana puskesmas penerima kapitasi khusus berada/berlokasi, 3) Puskesmas berada di kecamatan dimana terdapat desa yang termasuk dalam prioritas sasaran pembangunan desa, pembangunan daerah tertinggal, dan transmigrasi sesuai dengan Keputusan Menteri DPDTT RI nomor 126 tahun 2017, 4) Puskesmas bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Hasil dan Kesimpulan

1. Jika mengacu kepada Permenkes No 90 Tahun 2015 maka pelayanan kesehatan di daerah terpencil bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas dan mutu layanan kesehatan, meskipun baik di Permenkes No 12 Tahun 2016 dan Permenkes No 52 Tahun 2016 tidak disebutkan secara eksplisit tujuan kapitasi khusus. Sehingga dalam kajian ini digunakan tiga indikator untuk mengukur efektivitas kapitasi khusus: kepesertaan JKN, utilisasi dan ketersediaan dokter.
2. Jika dilihat dari akses dapat dikatakan: Kebijakan kapitasi khusus belum efektif di kelima puluh sembilan puskesmas yang memenuhi persyaratan kelengkapan data. Meskipun terjadi peningkatan peserta JKN, utilisasi dan jumlah dokter, tetapi peningkatannya tidak sebesar atau lebih besar dari puskesmas sejenis yang tidak menerima kapitasi khusus.
3. Tidak ada perbedaan proporsi pemanfaatan dana kapitasi sebelum dan setelah kapitasi khusus (untuk jasa pelayanan dan dana operasional) pada kedua belas puskesmas kajian.
4. Sistem pembayaran alternatif bagi puskesmas di daerah terpencil di antaranya dengan dana kompensasi berbasis desa/wilayah kerja yang sulit aksesnya. Misalnya, berupa uang tranportasi untuk tenaga medis yang bertugas atau pasien yang perlu rujukan. Pemerintah daerah juga dapat ikut mendukung dengan sumber pendanaan daerah untuk memberikan insentif bagi tenaga medis (dokter) dan fasilitas kesehatan.
5. Kebijakan Kapitasi Khusus belum mendorong peran Pemerintah Daerah dan stakeholder lintas sektor dalam pembangunan wilayahnya. Banyak Pemerintah Daerah tidak mengetahui apa itu kapitasi khusus, tujuan kapitasi khusus, dan timbal balik Pemerintah Daerah dengan adanya kapitasi khusus
6. Kriteria fasilitas kesehatan di daerah terpencil dalam Permenkes No 90 Tahun 2015 perlu diperjelas. Ada kriteria yang dapat berlaku untuk hampir semua faskes, baik di daerah terpencil maupun yang tidak terpencil yaitu kriteria no 6 mengenai transportasi

yang ada sewaktu waktu dapat terhalang iklim atau cuaca dan kriteria no 7 mengenai kesulitan pemenuhan bahan pokok. Serta beberapa istilah dalam kriteria seperti dibawah ini:

a. Pedalaman, pegunungan, dan pesisir
b. Transportasi yang sewaktu-waktu terhalang cuaca dan iklim
c. Kesulitan pemenuhan bahan pokok
d. Kondisi keamanan yang tidak stabil
e. Daerah bencana alam

7. Terdapat 2 Puskesmas penerima Kapitasi Khusus yang berdasarkan observasi lapangan hanya memenuhi 17% dari indikator sesuai permenkes 90 tahun 2015 (yang seharusnya minimal 25% baru dapat dikategorikan terpencil), yaitu Puskesmas Bajo Barat dan Puskesmas Noling di Palopo.
8. Penetapan daerah terpencil belum jelas alur regulasinya, aturan diatasnya ada yaitu PP 78 tahun 2014 mengenai percepatan pembangunan daerah tertinggal, namun pada konsideran permenkes 90 tahun 2015 tidak mencantumkan PP tersebut atau peraturan yang terkait dengan daerah tertinggal ini. Pada bagian umum permenkes 90 tahun 2015 tidak dijelaskan apa yang dimaksud dengan “daerah terpencil” dan “sangat terpencil”, penjelasan mengenai “daerah terpencil” dan “sangat terpencil” pernah dijelaskan dalam ketentuan umum permenkes 6 tahun 2013 yang telah dicabut.
9. BPJS Kesehatan belum dilibatkan secara aktif dan merata dalam penetapan puskesmas sebagai penerima kapitasi khusus.
10. Penetapan puskesmas penerima kapitasi khusus oleh kepala daerah berpotensi bias.
11. Hasil survei pada pasien menunjukkan sebanyak 59,46% pasien merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan di Puskesmas penerima kapitasi khusus
12. Usulan indikator lain diluar KBKP: Pemenuhan dokter (minimal memiliki 1 dokter tetap) dan tenaga kesehatan lain di FKTP, Frekuensi Kunjungan di Desa/Kelurahan yang Termasuk Daerah Terpencil (Minimal 1 Bulan Sekali), Peningkatan Angka Kunjungan (Minimal 10%) dari Tahun Sebelumnya.
13. Hambatan dalam implementasi kapitasi khusus:
    a. Tidak semua puskesmas terjangkau jaringan internet sehingga untuk pengisian P-Care tidak bisa dilakukan secara *real time* karena harus dilakukan di tempat lain. Keadaan ini menyebabkan beban pegawai puskesmas bertambah. Ketiadaan jaringan internet ini juga mempersulit puskesmas dalam menerapkan rujukan *on-line*.
    b. Beberapa wilayah kerja puskesmas sangat sulit dijangkau. Meskipun ada jalan seringkali kondisinya sangat buruk dan pada musim penghujan sulit dilalui. Untuk daerah kepulauan masih ditambah dengan belum ada standar penghitungan biaya ambulan laut/sungai sehingga menyulitkan puskesmas dalam menentukan anggaran.
    c. Belum semua puskesmas dapat menerapkan ke-144 diagnosis yang diwajibkan karena baik sumberdaya manusia maupun sarana dan prasarana masih kurang.
    d. Pemanfaatan dana kapitasi khusus di puskesmas tidak semuanya dapat maksimal karena perencanaan puskesmas masih mengikuti mekanisme DPA dinas kesehatan sehingga tidak semua dana operasional dapat terserap. Misalnya untuk pembelian obat dan alkes masih terkendala pada aturan gubernur atau aturan bupati/ walikota.

Akibatnya beberapa puskesmas tidak menggunakan dana pembelian obat dan alkes karena khawatir kalau dianggap menyalahi peraturan daerah.

e. Belum ada pembedaan besaran tarif kapitasi khusus untuk daerah terpencil dengan sangat terpencil atau dengan kepulauan. Harga obat-obatan misalnya, di daerah sangat terpencil dan kepulauan sangat mahal karena biaya distribusi sangat mahal.

Rekomendasi

Jangka Pendek

BPJS Kesehatan

1. Membuat mekanisme membangun MoU dengan Dinkes dan FKTP yang akan mendapatkan kapitasi khusus terkait indikaor pencapaian komitmen
2. BPJS Kesehatan turut berperan aktif dan ketat dalam verifikasi terkait penetapan fasilitas kesehatan yang layak mendapatkan kapitasi khusus.
3. Melakukan Evaluasi ketepatan penerima kapitasi khusus secara berkala (1 tahun sekali
4. Mendorong regulasi implementasi pemberian kompensasi sebagai pengganti kapitasi khusus.

Kementerian Kesehatan

1. Tujuan kapitasi khusus perlu didefinisikan dengan lebih jelas.
2. Memperjelas kriteria fasilitas kesehatan yang layak mendapatkan kapitasi khusus sehingga lebih terukur.

Pemerintah Daerah

1. Pemda menyediakan fasilitas kesehatan, SDM kesehatan, sarana kesehatan khususnya daerah terpencil sesuai dengan Permenkes No. 90 Tahun 2015.
2. Pemda menyediakan payung hukum untuk pemberian insentif bagi SDM tenaga kesehatan di daerah terpencil untuk melakukan *home visit*.

Jangka Menengah

BPJS Kesehatan

1. Apabila sistem pembayaran kapitasi khusus tetap dipertahankan, maka opsi indikator kinerja fasilitas kesehatan penerima kapitasi khusus antara lain:
   a) Pemenuhan dokter (minimal memiliki 1 dokter tetap) dan tenaga kesehatan lain di FKTP
   b) Frekuensi kunjungan di desa/kelurahan yang termasuk daerah terpencil (minimal 1 bulan sekali)
   c) Peningkatan angka kunjungan (minimal 10%) dari tahun sebelumnya.

Kementerian Kesehatan

1. Mengganti sistem pembayaran kapitasi khusus dengan dana kompensasi yang berupa insentif bagi tenaga kesehatan untuk mengunjungi wilayah kerja yang termasuk terpencil. Dana ini sebaiknya diberikan langsung ke fasilitas kesehatan berdasarkan kegiatan.
2. Jika masih mempertahankan kapitasi khusus maka dasar penetapan kapitasi khusus sebaiknya dikaitkan dengan akses anggota yang sulit dijangkau (berbasis desa).
3. Permenkes No 90 Tahun 2015 sebaiknya direvisi pada pasal 11 ayat 1 yang menyatakan evaluasi terhadap faskes daerah terpencil and sangat terpencil secara berkala paling lama 3 tahun. Evaluasi sebaiknya dilakukan setiap tahun mengingat cepatnya pembangunan daerah terpencil
4. Melakukan revisi kriteria fasilitas kesehatan di daerah terpencil yang tercantum dalam Permenkes No 90 Tahun 2015. Kriteria faskes di daerah terpencil sebaiknya hanya menggunakan kriteria 2, 4 dan 5 (yang mempunyai skor 2), yaitu:

a. Berada di pulau kecil atau gugus pulau
b. Akses transportasi umum rutin (darat/air/udara) dari ibukota kabupaten 1 (satu) kali dalam 1 (satu) minggu.
c. Jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten dengan menggunakan transportasi umum rutin (darat/air) memerlukan waktu lebih dari 6 jam
d. Atau dengan memperjelas kriteria lainnya.

Pemerintah Daerah

Pemda membuat payung hukum untuk fleksibilitas pemanfaatan dana kapitasi khusus di fasilitas kesehatan/puskesmas.

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI ..... **VI**

DAFTAR TABEL ..... **VII**

DAFTAR GAMBAR ..... **VIII**

BAB I PENDAHULUAN **1**
A. LATAR BELAKANG 1
B. TUJUAN 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA **6**
A. KAPITASI 6
1. DANA KAPITASI *6*
2. DANA KAPITASI KHUSUS *8*
B. PENETAPAN DAERAH PENERIMA DANA KAPITASI KHUSUS 8
C. DASAR HUKUM/ REGULASI PENYELENGGARAAN KAPITASI KHUSUS 12
D. KERANGKA KONSEP DAN ALUR STUDI 16

BAB III METODOLOGI **17**
A. DESAIN PENELITIAN 17
B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN 23
C. SUBJEK PENELITIAN 23
D. ANALISIS DATA 23
1. Studi Kuantitatif *23*
2. Studi Kualitatif *23*
E. KETERBATASAN PENELITIAN 24
F. TAHAPAN KEGIATAN 24

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN **25**
A. HASIL PENELITIAN 25
1. Pemahaman Kapitasi Khusus di Puskesmas *44*
2. Proses Pengajuan Kapitasi Khusus *45*
4. Hambatan Yang Dihadapi Puskesmas Dengan Kapitasi Khusus *48*
3. Dampak Kebijakan Kapitasi Khusus Terhadap Minat Pemerintah Daerah Menetapkan Daerah di Wilayah Kerjanya Sebagai Daerah Terpencil dan Kepulauan *59*
4. Usulan Kebijakan Atas Penetapan Daerah Tertentu Seperti Daerah Terpencil Dan Kepulauan, DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan Dan Kepulauan), Dan DBTFMS *63*
5. Alternatif Sistem Pembiayaan Daerah Terpencil secara finansial dan non fina *63*
6. Analisis Regulasi/ Harmonisasi Kebijakan Di Tingkat Pusat – Daerah *70*
7. Evaluasi Kriteria Dan Ketepatan FKTP Yang Menerima Kapitasi Khusus *71*
8. Alternatif Indikator Kinerja Sistem Pembayaran FKTP Daerah Terpencil Di *75*
F. PEMBAHASAN 77
1. Pembiayaan Kesehatan *77*
2. Sinkronisasi Penetapan Kriteria Puskesmas Penerima Kapitasi Khusus *78*
3. Penetapan Kapitasi Khusus *80*

BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI **82**
A. KESIMPULAN 82
B. REKOMENDASI 84

REFERENSI **87**

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Peserta Terdaftar dan Jumlah FKTP 2
Tabel 2. Utilisasi 66 FKTP di wilayah DTPK per November 2017 4
Tabel 3. Tabel Sampel Kajian Analisis Dampak (DiD) 18
Tabel 4. Tabel Sampel Kajian Gambaran Kecenderungan Puskesmas yang Memulai Kapitasi Khusus di Tahun 2015, 2016 dan 2017 18
Tabel 5. Pemetaan Daerah Sampel 19
Tabel 6. Daftar Nama Puskesmas yang Diobservasi 20
Tabel 7. Daftar Nama Puskesmas yang dilakukan FGD.....22
Tabel 8. Hasil Regresi dampak kapitasi khusus terhadap rasio utilisasi.....39
Tabel 9. Hasil Regressi dampak kapitasi khusus terhadap jumlah dokter.....40
Tabel 10. Hasil Regressi dampak kapitasi khusus terhadap besar penerimaan kapitasi.....41
Tabel 11. Tabel Kelebihan dan Kekurangan Model Sistem Pembayaran lain 68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Pembayaran Kapitasi Khusus sampai dengan Januari 2018 3
Gambar 2. Alur Penetapan FKTP DTPK.....9
Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian.....16
Gambar 4. Pemanfaatan Dana Kapitasi Sebelum dan Setelah Kapitasi Khusus 26
Gambar 5. Grafik tren rasio kunjungan rawat jalan pada puskesmas kapitasi khusus dan non kapitasi khusus 27
Gambar 6. Grafik *trend* rasio kunjungan RJTP pada kelompok puskesmas yang memulai kapitasi khusus di tahun 2015 dan kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus 28
Gambar 7. Grafik *trend* rasio kunjungan RJTP pada kelompok puskesmas yang memulai kapitasi khusus di tahun 2015 dan kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus 28
Gambar 8. Grafik *trend* rasio kunjungan RJTP pada kelompok puskesmas yang memulai kapitasi khusus di tahun 2015 dan kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus 29
Gambar 9. Grafik *trend* rasio jumlah dokter pada puskesmas kapitasi khusus dan non kapitasi khusus 30
Gambar 10. *Trend* besar penerimaan kapitasi khusus pada puskesmas kapitasi khusus dan non kapitasi khusus 32
Gambar 11 rata-rata jumlah peserta di puskesmas penerima kapitasi khusus dan non kapitasi khusus 33
Gambar 12 Rata-rata biaya aktual pelayanan di puskesmas penerima kapitasi khusus dan non kapitasi khusus 34
Gambar 13. Gambaran estimasi dampak sebelum dan setelah kapitasi khusus 35
Gambar 14. DiD estimasi dalam penjabaran dalam table 3x3.....35
Gambar 15 Gambaran Estimasi dampak kapitasi khusus terhadap rasio utilisasi RJTP 38
Gambar 16. Gambaran Estimasi dampak kapitasi khusus terhadap jumlah dokter.....39
Gambar 17. Gambaran Estimasi dampak kapitasi khusus terhadap besar penerimaan kapitasi 40
Gambar 18. Hasil survey kepuasan pasien di puskesmas penerima kapitasi khusus.....42
Gambar 19. Hasil penilaian observasi kesesuaian kriteria berdasarkan PMK 90 tahun 2015.43
Gambar 20. Contoh Pemanfaatan Dana Kapitasi Khusus 53
Gambar 21. Pembiayaan Kesehatan yang bisa mempengaruhi Tujuan Antara dan Tujuan Akhir UHC.....77

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Dasar 1945 menetapkan kesehatan sebagai hak asasi manusia. Dengan demikian pemerintah bertanggungjawab untuk memastikan pelayanan kesehatan bisa diakses oleh seluruh warga negara Indonesia. Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan secara jelas mengamanatkan bahwa *"Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat".* Salah satu pekerjaan besar yang belum tercapai secara optimal adalah pemenuhan hak kesehatan bagi warga yang tinggal di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DPTK) dikarenakan kendala geografis dan sosial.

Indonesia mempunyai masalah ketidakmerataan fasilitas kesehatan. Sebagai negara kepulauan yang sangat luas Indonesia memiliki keterbatasan infrastruktur dan sarana prasarana pelayanan kesehatan di DPTK. Hal ini menjadi salah satu pendorong rendahnya akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, Lestari (2013) menambahkan bahwa kurangnya minat tenaga kesehatan di Indonesia yang bersedia ditempatkan di wilayah DTPK juga turut menyumbang status kesehatan masyarakat yang tergolong rendah. Permasalahan ketidakmerataan upaya kesehatan ini juga disebabkan permasalahan sosial yaitu tingkat kemiskinan masyarakat sehingga tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan.

Presiden Republik Indonesia telah mengeluarkan 9 agenda prioritas atau pogram Nawa Cita dengan agenda ke 5 memprioritaskan peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia. Untuk mencapai tujuan tersebut maka Kementerian Kesehatan mengeluarkan 3 pilar program prioritas, yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Agenda penguatan DTPK menjadi salah satu unsur penting dalam prioritas penguatan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Beriringan dengan persoalan tersebut, program JKN juga ditujukan agar peserta memperoleh akses pelayanan kesehatan dan perlindungan kesehatan yang memadai tanpa kesulitan keuangan. Hal ini mengharuskan pemerintah untuk memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, termasuk di wilayah DTPK.

Salah satu komponen penting dalam Program JKN adalah pola pembayaran fasilitas kesehatan, khususnya Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Showstack (2003) dalam

studinya menandaskan keterkaitan yang kuat antara model dan besaran pembayaran dengan kinerja fasilitas kesehatan.

Saat ini, BPJS Kesehatan menerapkan sistem pembayaran kapitasi kepada FKTP, dengan tarif kapitasi yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, dengan ketentuan sebagai berikut:

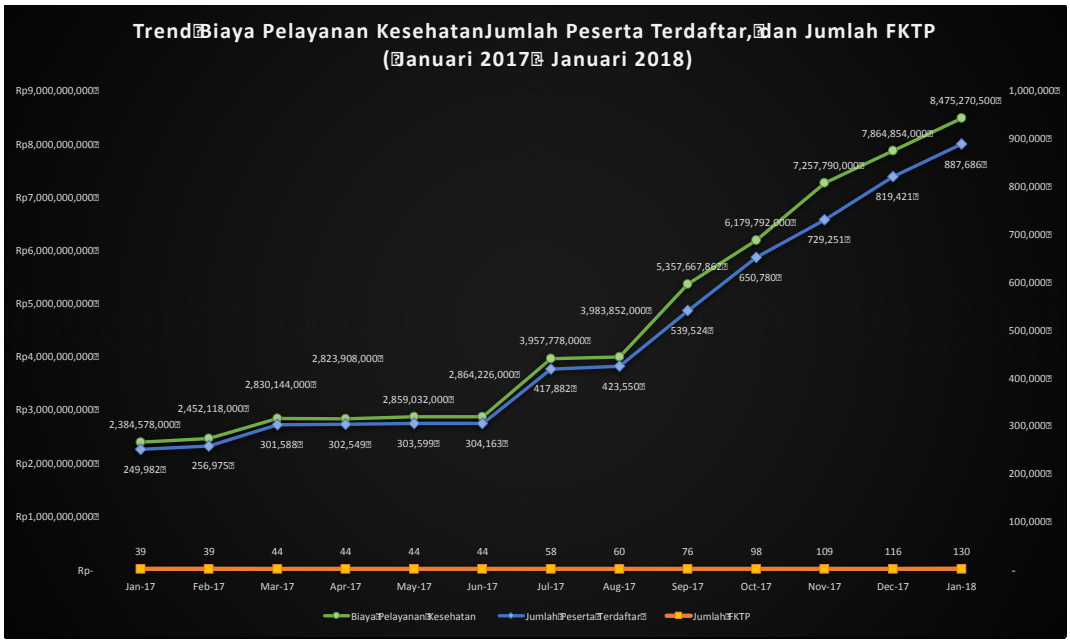
1. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 3.000,00 sampai dengan Rp 6.000,00
2. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 8.000,00 sampai dengan Rp 10.000,00
3. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp 2.000,00
4. Terkait kapitasi khusus ada di pasal 5 Permenkes 52 tahun 2016

Ketentuan tambahan dalam Permenkes tersebut juga mencantumkan persyaratan bahwa penetapan FKTP untuk daerah terpencil dan sangat terpencil harus berdasarkan surat keputusan kepala daerah.

Saat ini berdasarkan data BPJS Kesehatan per Desember 2017 kapitasi khusus berlaku di 130 puskesmas dari 19 kabupaten/kota. Sampai dengan Januari 2018 BPJS Kesehatan telah membayar sebesar Rp 50,8 miliar kepada ke-131 puskesmas tersebut dengan total peserta sebanyak 887.686 orang sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 1 dan Grafik 1 berikut ini:

Tabel 1. Jumlah Peserta Terdaftar dan Jumlah FKTP

Bulan	Jumlah Peserta Terdaftar (Kondisi Sebenarnya)	Jumlah FKTP
Jan'17	249.982	39
Feb'17	256.975	39
Maret'17	301.588	44
April'17	302.549	44
Mei'17	303.599	44
Juni'17	304.163	44
Juli'17	417.882	58
Agus'17	423.550	60
Sept'17	539.524	76
Okt'17	650.780	98
Nop'17	729.251	109
Des'17	819.421	116
Jan'18	887.686	130



Gambar 1. Pembayaran Kapitasi Khusus sampai dengan Januari 2018

Hasil studi yang dilakukan oleh Kurniawan, dkk (2017) menunjukkan total penerimaan kapitasi terkait erat dengan jumlah kepesertaan JKN dan kapitasi per orang per bulan. Studi tersebut juga menunjukkan jumlah kepesertaan puskesmas BLUD lebih banyak daripada puskesmas non BLUD, baik di pedesaan maupun perkotaan. Besaran sisa lebih dana kapitasi terkait dengan total penerimaan kapitasi di puskesmas. Jadi, semakin besar dana kapitasi yang diterima oleh sebuah puskesmas maka potensi terjadinya sisa dana di puskesmas tersebut akan semakin besar. Potensi sisa lebih dana kapitasi mencapai sekitar 10-15 % dari penerimaan dana kapitasi.

Lebih lanjut Kurniawan (2017) menjelaskan bahwa tidak semua penerimaan puskesmas dari JKN dapat terakomodasi dalam dokumen perencanaan penganggaran puskesmas. Selain itu, karena pelaksanaan dan penatausahaan dana JKN harus disesuaikan dengan mekanisme keuangan masing-masing daerah maka kondisi perencanaan, penganggaran, dan pencairan dana kapitasi masih mengikuti mekanisme APBD. Sebagai konsekuensinya dana kapitasi tidak dapat secara langsung digunakan puskesmas tanpa pengajuan, rekonsiliasi, dan pengesahan dokumen anggaran dari Pemda.

Data utilisasi bulan November 2017 di 66 puskesmas DTPK menunjukkan bahwa laju RJTP di ke-66 puskesmas sebesar 70 per mil, masih jauh di bawah target nasional yaitu sebesar 150 Permil. Sedangkan rasio rujukan pada puskesmas yang sama sebesar 1,76%, jauh jika dibandingkan target nasional sebesar 15%, di mana jumlahnya semakin sedikit akan semakin

baik. Sementara biaya satuan rata-rata *per* orang di FKTP masih termasuk tinggi yaitu sebesar Rp 137.760,00.

Tabel 2. Utilisasi 66 FKTP di wilayah DTPK per November 2017

Jenis FKTP	Peserta	Kunjungan RJTP	Rujukan RITP	Rate RJTP (per mil)	Rasio Rujukan	UC
Puskesmas	426.288	29.741	522	70	1,76%	137.761

Data tersebut semakin mempertegas hasil kajian Kurniawan, dkk (2017) bahwa sebagian besar puskesmas masih memiliki rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan non-spesialistik yang belum mencapai zona aman. Rendahnya capaian indikator pemenuhan komitmen pelayanan ini menjadi indikasi belum efektifnya pemanfaatan dana kapitasi dan secara tidak langsung juga memicu besarnya sisa dana kapitasi. Hasil kajian Kurniawan, dkk tahun 2016 juga menunjukkan bahwa rata-rata pemanfaatan dana dari alokasi dukungan biaya operasional kapitasi (di luar jasa pelayanan), sekitar 33%-nya untuk obat dan bahan medis habis pakai serta 6% nya untuk dukungan alat kesehatan. Kapitasi dan sisa lebih dana kapitasi seharusnya dapat lebih dioptimalkan untuk kebutuhan layanan peserta JKN.

Rendahnya utilisasi tersebut sungguh kontras dengan tingginya dukungan operasional dari dana kapitasi khusus. Hasil studi kapitasi yang dilakukan oleh Kurniawan, dkk (2017) menjelaskan kapitasi bukan satu-satunya sumber pembiayaan/pendapatan puskesmas karena masih ada sumber lain seperti dana non-kapitasi, retribusi pasien umum, APBD, dan APBN sehingga turut berkontribusi terhadap dukungan biaya operasional kapitasi yang tidak akan habis termanfaatkan. Misalnya untuk kebutuhan operasional puskesmas berupa obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan juga didukung oleh Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan dan Dana Alokasi Umum (DAU). Sejauh mana dampak kebijakan kapitasi khusus terhadap pemanfaatan layanan menjadi hal yang patut untuk diperhatikan.

Terkait belum adanya kajian yang secara khusus mengevaluasi implementasi pemberian kapitasi khusus bagi puskesmas di daerah terpencil dan sangat terpencil maka Pusat KP-MAK FKKMK UGM bersama-sama dengan BPJS Kesehatan melakukan kajian Efektifitas Sistem Pembayaran dengan Kapitasi Khusus di Daerah Terpencil dan Kepulauan.

B. Tujuan

Tujuan kajian ini antara lain untuk:

1. Mendapatkan gambaran pengelolaan dan pemanfaatan dana sebelum dan sesudah mendapatkan kapitasi khusus serta kendala dan solusinya
2. Mendapatkan dampak kebijakan kapitasi khusus terhadap minat pemerintah daerah menetapkan daerah di wilayah kerjanya sebagai daerah terpencil dan kepulauan
3. Mendapatkan usulan kebijakan atas penetapan daerah tertentu seperti daerah terpencil dan kepulauan, DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan), terpencil dan sangat terpencil dan DBTFMS (Daerah Belum Tersedia Faskes Memenuhi Syarat)
4. Mendapatkan sistem pembayaran alternatif selain kapitasi khusus beserta dampak finansial dan non finansial
5. Analisis regulasi/harmonisasi kebijakan di tingkat pusat dan daerah
6. Evaluasi kriteria dan ketepatan FKTP yang menerima kapitasi khusus
7. Alternatif indikator kinerja sistem pembayaran FKTP daerah terpencil di luar KBKP (Contoh Papua)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KAPITASI

1. DANA KAPITASI

Alguire (2016) menyatakan bahwa kapitasi adalah jumlah uang yang dibayarkan di awal kepada dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan per kepala pasien per unit. Jumlah aktual uang yang dibayarkan ditentukan oleh rentang layanan yang disediakan, jumlah pasien yang terlibat, dan periode waktu di mana jasa tersebut diberikan. Tarif kapitasi dikembangkan menggunakan biaya lokal dan pemanfaatan rata-rata layanan dan karena itu dapat bervariasi antar wilayah.

Kapitasi dalam konteks JKN adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem kapitasi berarti cara perhitungan berdasarkan jumlah kepala yang terikat dalam kelompok tertentu. Dalam JKN kepala berarti orang atau peserta atau anggota program BPJS Kesehatan. Standar tarif kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:

a. puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp 6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan
b. rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
c. praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp2.000,00 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.

Besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP ditentukan melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan sumberdaya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Penggunaan kriteria dalam pertimbangan penetapan besaran tarif kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensial dilakukan secara bertahap dengan mempertimbangkan kriteria sumberdaya manusia. Kriteria sumberdaya manusia meliputi ketersediaan dokter dan ketersediaan dokter gigi (Permenkes, 2016).

Dana Kapitasi dipergunakan oleh FKTP untuk melakukan pelayanan:

a. administrasi pelayanan
b. promotif dan preventif
c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
d. tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
e. obat dan bahan medis habis pakai
f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama

Sedangkan dana non-kapitasi di FKTP digunakan untuk membiayai pelayanan:

a. ambulans
b. obat program rujuk balik
c. pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik
d. penapisan (*screening*) kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim
e. rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis
f. jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya
g. Keluarga Berencana di FKTP.

Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan yang bersifat non spesialistik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Fasilitas kesehatan tersebut bisa dikelola oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, swasta dan/atau masyarakat, dapat berupa praktek dokter secara perorangan, klinik, ataupun puskesmas.

Menurut Permenkes 28 tahun 2014, fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas FKTP dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). FKTP dapat berupa: 1. Puskesmas atau yang setara; 2. Praktik dokter; 3. Praktik dokter gigi; 4. Klinik pratama atau yang setara; dan/atau 5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara. Pengelolaan dana kapitasi dengan tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) maka pengelolaan

dan pemanfaatan dana kapitasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. Sehingga pengelolaan dana kapitasi diusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan setempat.

2. DANA KAPITASI KHUSUS

Kapitasi Khusus merupakan dana kapitasi yang diberikan kepada daerah terpencil dan sangat terpencil yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Besaran dana kapitasi khusus ditetapkan dengan peraturan tarif pelayanan JKN pada Peraturan Menteri Kesehatan No 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang kemudian diubah dalam Permenkes No 12 tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Peraturan tersebut mengatur daerah yang dinyatakan sebagai daerah terpencil dan kepulauan maka fasilitas kesehatannya dibayar dengan tarif kapitasi khusus. Tarif kapitasi khusus mempunyai ketentuan sebagai berikut:

a) Jika FKTP memiliki dokter ditetapkan sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan.
b) Jika FKTP memiliki bidan/perawat ditetapkan sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan.
c) Jika FKTP memiliki peserta kurang dari 1000 (seribu), tarif kapitasi khusus minimal sejumlah kapitasi untuk 1000 (seribu) peserta.

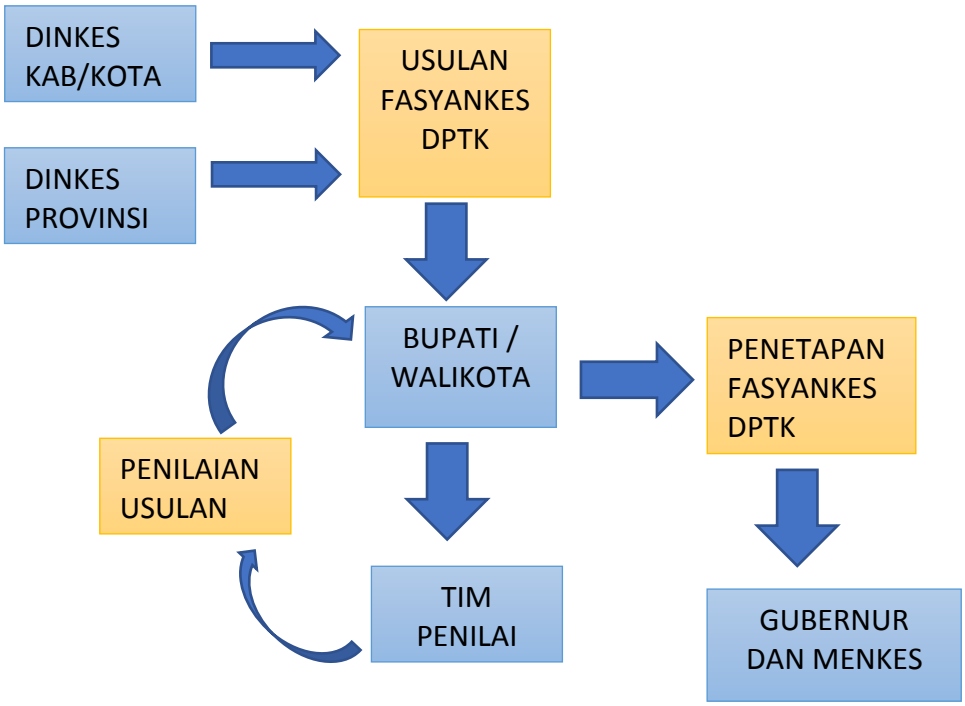
Pemanfatan dan pengelolaan kapitasi khusus mengikuti aturan kapitasi pada FKTP milik pemerintah. Kapitasi khusus sendiri hanya diberikan kepada puskesmas.

B. PENETAPAN DAERAH PENERIMA DANA KAPITASI KHUSUS

Aturan mengenai daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah tertinggal diatur di berbagai peraturan. Penetapan fasilitas pelayanan kesehatan di kawasan terpencil dan sangat terpencil ditentukan oleh kepala daerah dengan kriteria sebagai berikut:

a. berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir
b. akses transportasi umum rutin 1 (satu) kali dalam 1 minggu
c. jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam
d. transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca
e. kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil

Alur penetapan fasilitas pelayanan kesehatan DPTK adalah sebagai berikut:



Gambar 2. Alur Penetapan FKTP DTPK

Alur tersebut menjelaskan bahwa dinas kesehatan kabupaten/kota atau pun dinas kesehatan provinsi dapat mengajukan usulan fasilitas layanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpentil kepada bupati/walikota. Usulan tersebut harus disertai dengan kelengkapan berupa: a) profil FKTP yang berisi identitas, visi, misi, serta layanan fasilitas layanan kesehatan; b) data sarana, prasarana, dan peralatan; c) data ketenagaan; dan d) dokumentasi berupa foto fasilitas layanan kesehatan dan lingkungan sekitar.

Bupati/walikota paling lama 7 hari sejak diterimanya usulan harus membentuk dan menugaskan tim untuk melakukan penilaian terhadap pemenuhan kriteria (menggunakan formulir). Tim penilai yang dibentuk terdiri dari unsur dinkes provinsi/kabupaten/kota dan

dinas yang bertanggungjawab di bidang pengembangan desa. Tim bekerja maksimal selama 14 hari sejak mendapatkan penugasan dan memberikan hasil penilaian untuk kriteria-kriteria sebagai berikut: a) Fasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai terpencil bila hasil penilaian mencapai 25 – 50%; b) Fasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai kawasan sangat terpencil bila hasil penilaian mencapai 50%. Setelah menerima laporan dari tim penilai, maka bupati harus memberikan penetapan atau surat penolakan dengan disertai alasan yang jelas dalam jangka waktu tujuh hari. Selanjutnya penetapan harus disampaikan kepada gubernur dan menteri kesehatan sebagai laporan.

Pengembangan pola pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil dilaksanakan dalam bentuk: a) pelayanan kesehatan bergerak; b) pelayanan kesehatan gugus pulau; c) rumah tunggu kelahiran; dan/atau d) pelayanan kesehatan berbasis *telemedicine*. Pelayanan kesehatan bergerak untuk daerah terpencil dan sangat terpencil harus memenuhi ketentuan: a) telah dilakukan analisis situasi; b) dilaksanakan oleh Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB); dan c) memiliki sarana dan prasarana pendukung.

Selain peraturan menteri kesehatan, beberapa peraturan tentang daerah tertinggal juga menjadi acuan untuk penentuan daerah yang menerima kapitasi khusus seperti Peraturan Presiden Republik Indonesia No 131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2015-2019. Peraturan ini menegaskan bahwa daerah tertinggal merupakan kabupaten yang wilayah serta masyarakatnya kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain. Pelayanan kesehatan di kabupaten tertinggal dapat berupa fasilitas pelayanan kesehatan di daerah perbatasan, di kawasan terpencil, di kawasan sangat terpencil, dan kepulauan. Penetapan daerah tertingal ini bisa menjadi dasar penetapan daerah penerima kapitasi khusus. Dalam peraturan ini suatu daerah ditetapkan sebagai daerah tertinggal berdasarkan kriteria sebagai berikut:

a. perekonomian masyarakat
b. sumberdaya manusia
c. sarana dan prasarana
d. kemampuan keuangan daerah
e. aksesibiltas
f. karakteristik daerah

Pemerintah menetapkan daerah tertinggal setiap 5 (lima) tahun sekali secara nasional berdasarkan kriteria, indikator, dan sub indikator ketertinggalan daerah. Penetapan daerah

tertinggal dilakukan berdasarkan usulan menteri dengan melibatkan kementerian/lembaga terkait dan pemerintah daerah.

Pembangunan daerah tertinggal merupakan upaya terencana untuk mengubah suatu daerah yang dihuni oleh komunitas dengan berbagai permasalahan sosial ekonomi dan keterbatasan fisik, menjadi daerah yang maju dengan komunitas yang kualitas hidupnya sama atau tidak jauh tertinggal dibandingkan dengan masyarakat Indonesia lainnya. Pembangunan daerah tertinggal ini berbeda dengan penanggulangan kemiskinan dalam hal cakupan pembangunannya. Pembangunan daerah tertinggal tidak hanya meliputi aspek ekonomi, tetapi juga aspek sosial, budaya, dan keamanan (bahkan menyangkut hubungan antara daerah tertinggal dengan daerah maju). Di samping itu kesejahteraan kelompok masyarakat yang hidup di daerah tertinggal memerlukan perhatian dan keberpihakan yang besar dari pemerintah.

BAPPENAS (2011) menyatakan suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal, karena beberapa faktor penyebab, antara lain:

1. Geografis. Umumnya secara geografis daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor geomorfologis lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun media komunikasi.
2. Sumberdaya Alam. Beberapa daerah tertinggal tidak memiliki potensi sumberdaya alam, daerah yang memiliki sumberdaya alam yang besar namun lingkungan sekitarnya merupakan daerah yang dilindungi atau tidak dapat dieksploitasi, dan daerah tertinggal akibat pemanfaatan sumberdaya alam yang berlebihan.
3. Sumberdaya Manusia. Pada umumnya masyarakat di daerah tertinggal mempunyai tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan yang relatif rendah serta kelembagaan adat yang belum berkembang.
4. Prasarana dan Sarana. Keterbatasan prasarana dan sarana komunikasi, transportasi, air bersih, irigasi, kesehatan, pendidikan, dan pelayanan lainnya yang menyebabkan masyarakat di daerah tertinggal tersebut mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas ekonomi dan sosial.
5. Daerah Rawan Bencana dan Konflik Sosial. Seringnya suatu daerah mengalami bencana alam dan konflik sosial dapat menyebabkan terganggunya kegiatan pembangunan sosial dan ekonomi.
6. Kebijakan Pembangunan. Suatu daerah menjadi tertinggal dapat disebabkan oleh beberapa kebijakan yang tidak tepat seperti kurang memihak pada pembangunan

daerah tertinggal, kesalahan pendekatan dan prioritas pembangunan, serta tidak dilibatkannya kelembagaan masyarakat adat dalam perencanaan dan pembangunan.

Untuk menilai keterpencilan suatu daerah maka perlu diidentifikasi sebaran daerah tertinggal menurut kondisi geografisnya yaitu:

1. Daerah yang terletak di wilayah pedalaman, tepi hutan, dan pegunungan yang pada umumnya tidak atau belum memiliki akses ke daerah lain yang relatif lebih maju
2. Daerah yang terletak di pulau-pulau kecil, gugusan pulau yang berpenduduk dan memiliki kesulitan akses ke daerah lain yang lebih maju
3. Daerah yang secara administratif sebagian atau seluruhnya terletak di perbatasan antarnegara baik batas darat maupun laut
4. Daerah yang terletak di wilayah rawan bencana alam baik gempa, longsor, gunung api, maupun banjir.
5. Daerah yang sebagian besar wilayahnya berupa pesisir

C. DASAR HUKUM/ REGULASI PENYELENGGARAAN KAPITASI KHUSUS

Peraturan Pemerintah No 78 Tahun 2014 tentang Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal. Peraturan ini mengatur upaya dan rencana tindakan dalam rangka meningkatkan kualitas masyarakat dan wilayah yang merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. PP No 78 Tahun 2014 ini mendefinisikan daerah tertingggal adalah wilayah kabupaten yang wilayah serta masyarakatnya kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional. Kriteria daerah tertinggal dalam peraturan ini antara lain: 1) perekonomian masyarakat; 2) sumberdaya manusia; 3) sarana dan prasarana; 4) kemampuan keuangan daerah; 5) aksesibilitas; dan 6) karakteristik daerah. Penetapan daerah tertinggal dilaksanakan setiap 5 tahun oleh pemerintah pusat. Pendanaan daerah tertinggal dalam peraturan pemerintah ini bersumber dari Dana Alokasi Khusus (DAK).

Perpres No. 131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2015 – 2019. Perpres ini merupakan penjelasan dari Peraturan Pemerintah RI No 78 Tahun 2014 tentang Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal Secara Khusus, Terencana, Sistematis, dan Berkelanjutan. Daerah yang ditetapkan menjadi daerah tertinggal terdiri dari 122 kabupaten/kota di 22 provinsi di Indonesia. Perpres 131 tahun 2015 menyatakan bahwa menteri melakukan evaluasi terhadap daerah tertinggal setiap 1 (satu) tahun sekali. Evaluasi dilakukan

dengan meggunakan metode: a) indeks komposit; b) nilai selang (range); c) interval; dan d) persentase desa tertinggal pada kabupaten.

Kepres No 6 Tahun 2017 tentang Penetapan Pulau-Pulau Kecil Terluar. Peraturan Presiden No. 78 tahun 2005 mengatur pengelolaan pulau-pulau kecil terluar yang berjumlah 92 pulau/kepulauan. Akan tetapi dengan keluarnya Peraturan Pemerintah No 37 Tahun 2008 tentang Daftar Koordinat Geografis Titik-titik Garis Pangkal Kepulauan Indonesia maka terdapat perubahan jumlah pulau-pulau kecil menjadi 111 pulau/kepulauan kecil yang tersebar di 22 provinsi di Indonesia.

Permenkes No 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil. Pasal 8 dalam peraturan tersebut menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil harus ditetapkan oleh bupati/walikota. Penetapan fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi kriteria, di antaranya: berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir; akses transportasi umum rutin 1 (satu) kali dalam 1 minggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca, kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil. Penetapan fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan atas dasar hasil penilaian terhadap kriteria sesuai dengan skor yang ditentukan. Penetapan fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan atas dasar hasil penilaian terhadap kriteria sesuai dengan skor yang ditentukan. Kriteria tersebut meliputi adanya keterbatasan sarana infrastruktur aksesibilitas yang menjadi hambatan puskesmas untuk mencapai wilayah kerja tersebut, jarak dari puskesmas ke wilayah kerja lebih dari 100 km, dan/atau adanya isolasi geografis yang memisahkan wilayah kerja puskesmas misalnya sungai, laut, gunung, lembah dan hutan belantara.

Permenkes No 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Pasal 5 dalam peraturan tersebut mengatur tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama pada daerah terpencil dan kepulauan menggunakan kapitasi khusus. Tarif kapitasi khusus bagi FKTP ditetapkan sebagai berikut: bagi FKTP yang memiliki dokter ditetapkan sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan. Bagi FKTP yang hanya memiliki bidan/perawat ditetapkan sebesar Rp 8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan. Sedangkan bagi FKTP yang memiliki anggota kurang dari 1.000

(seribu) peserta maka tarif kapitasi khusus dibayarkan minimal sejumlah kapitasi untuk 1.000 (seribu) peserta.

Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah. Dalam pasal 3 pada peraturan tersebut menjelaskan:

1. Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk:
   a. pembayaran jasa pelayanan kesehatan
   b. dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan
2. Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan untuk tiap FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari penerimaan dana kapitasi.
3. Alokasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan ditetapkan sebesar selisih dari besar dana kapitasi dikurangi dengan besar alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan.

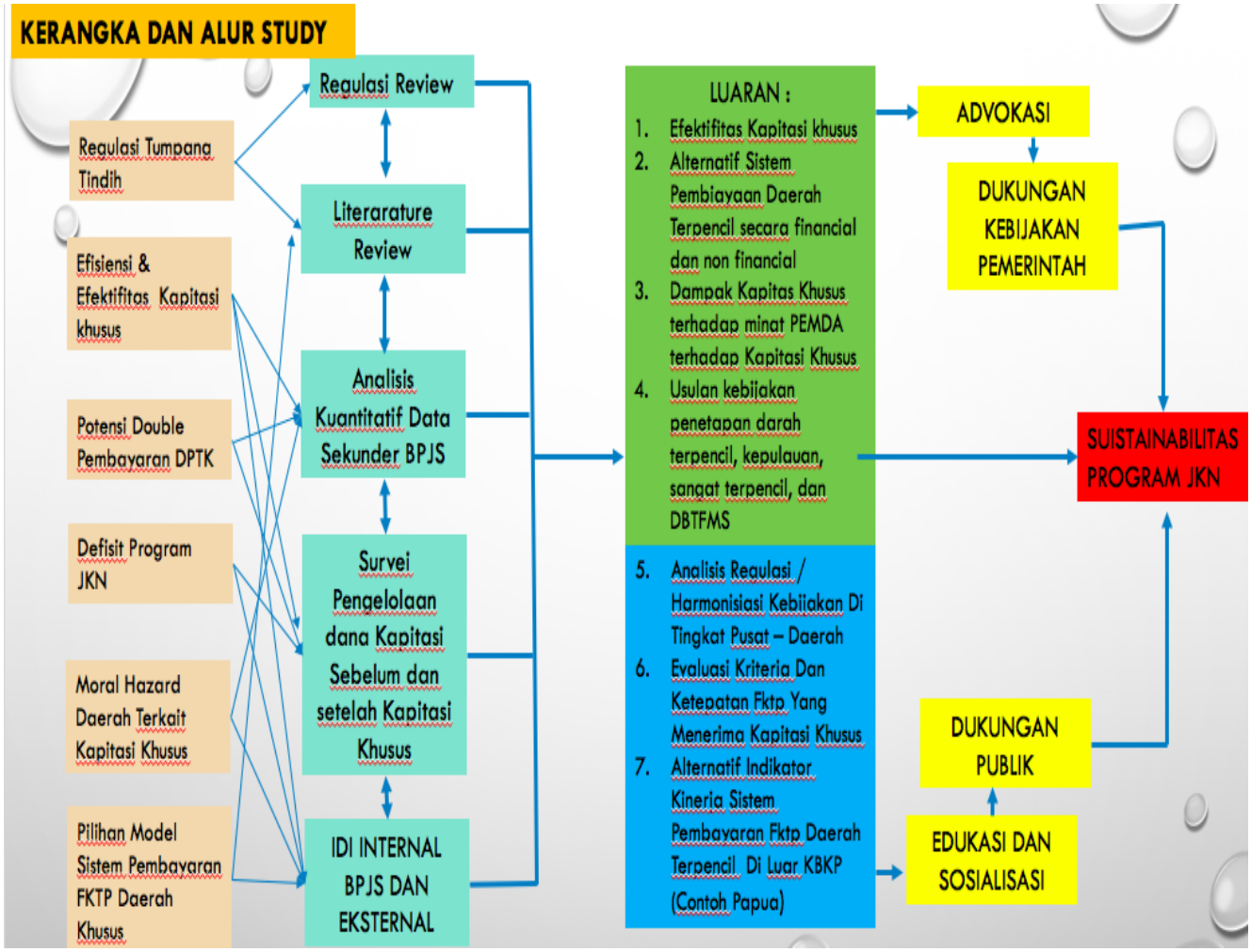
Kepmenkes No HK.02.02/MK/367/2015 tentang 124 Puskesmas Sasaran Program Prioritas Nasional Yankes di Daerah Perbatasan Tahun 2015 – 2019. Kepmenkes tersebut menyatakan bahwa Kemenkes akan membangun 124 puskesmas perbatasan di seluruh titik terluar di Indonesia. Ke-124 puskesmas tersebut tersebar di 48 kabupaten/kota yang berada di 15 provinsi di Indonesia, yaitu Aceh, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Bengkulu, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggaran, NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua. Pembangunan puskesmas menggunakan DAK afirmasi bidang kesehatan. Puskesmas yang akan dibangun dilengkapi dengan pemenuhan sarana dan prasarana alat kesehatan yang diperlukan oleh puskesmas seperti pembangunan rumah dinas dokter, pengadaan alat transportasi, serta penyediaan alat pendukung pelayanan lainnya seperti generator set dan IPAL.

Kepmendesa PDT No 126 Tahun 2017 tentang Penetapan Desa Prioritas Sasaran Pembangunan Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi. Keputusan ini dibuat dalam rangka memfokuskan kegiatan pembangunan desa, pembangunan daerah tertinggal, dan transmigrasi untuk mencapai sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019 yang mentargetkan terwujudnya sasaran pembangunan desa dan kawasan perdesaan, peningkatan keterkaitan desa-kota menjadi pusat pertumbuhan baru, pembangunan daerah tertinggal menjadi kabupaten maju dan mandiri, dan terwujudnya pembangunan

transmigrasi dengan terbangun dan berkembangnya perkotaan baru menjadi kota kecil/kota kecamatan dengan berkembangnya industri pengolahan sekunder dan perdagangan. Keputusan ini menetapkan 17.000 (tujuh belas ribu) desa prioritas sasaran pembangunan daerah tertinggal dan transmigrasi. Semua desa tersebut ditetapkan berdasarkan kategori desa yang termasuk dalam wilayah pinggiran, yaitu desa dalam kawasan perdesaan, perbatasan, dan daerah tertinggal dengan usaha pokok sektor pertanian dan pelaku usahanya mikro dan kecil yang berkarakter tradisional sebagaimana dimaksud dalam cita ke-3 Nawa Cita Kabinet Kerja sebagaimana ditetapkan dalam Buku I angka 6.3 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019. Kriteria penetapan desa prioritas sasaran meliputi:

1. Desa-desa yang termasuk dalam deliniasi 40 (empat puluh) pusat pertumbuhan baru yang menjadi sasaran peningkatan keterkaitan desa-kota
2. Desa-desa yang termasuk dalam deliniasi 144 (seratus empat puluh empat) kawasan yang menjadi sasaran pembangunan transmigrasi
3. Desa-desa yang termasuk dalam deliniasi 80 (delapan puluh) kabupaten daerah tertinggal yang menjadi sasaran pengentasan menjadi kategori kabupaten maju
4. Desa-desa yang termasuk dalam kategori tertinggal, terpencil dan terluar (3T)
5. Desa-desa yang menjadi lokasi penanganan stunting melalui Program Padat Karya yang mencakup 1.000 (seribu) desa di 100 (seratus) kabupaten
6. Desa-desa yang merupakan lokus dari kegiatan GSC (Gerakan Sehat Cerdas)
7. Desa-desa yang menjadi sasaran terwujudnya desa wisata
8. Desa-desa yang menjadi *pilot project* Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, yang mencakup 37 (tiga puluh tujuh) desa
9. Desa-desa yang memperoleh intervensi 4 (empat) agenda prioritas Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi
10. Desa-desa prioritas lain yang difasilitasi oleh kementerian/lembaga

D. Kerangka Konsep dan Alur Studi



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian

BAB III
METODOLOGI

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancang bangun *cross sectional* dengan puskesmas – yang ditentukan secara *random sampling* – sebagai unit analisis. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) di 22 kabupaten/kota. Wawancara mendalam dilakukan dengan Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, Bappeda, Bupati/Walikota, dan kepala puskesmas penerima kapitasi khusus (untuk puskesmas yang tidak memungkinkan dilakukan FGD karena kendala geografis dan transportasi). Sedangkan FGD dilakukan dengan kepala puskesmas penerima kapitasi khusus. Data sekunder diperoleh dari dokumen keuangan dan sumberdaya manusia puskesmas serta dokumen BPJS Kesehatan yang mencakup data kepesertaan, jumlah dokter, jumlah kapitasi, dan utilisasi puskesmas. Sedangkan data kuantitatif primer didapatkan dari *survey* kepuasan yang dilakukan langsung pada pasien di puskesmas kajian dan hasil *checklist* observasi kesesuaian pemenuhan kriteria terpencil dan sangat terpencil dari lokasi/wilayah puskesmas.

Untuk mengetahui efektifitas kapitasi khusus kajian ini menggunakan 59 Puskesmas penerima kapitasi khusus dan 58 Puskesmas yang tidak menerima kapitasi khusus (non kapitasi khusus). Kelima puluh sembilan puskesmas ini mulai menerima pembayaran kapitasi khusus pertama kali pada waktu yang berbeda-beda. Tiga puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2015 di mana 2 puskesmas pada bulan Agustus 2015 dan 1 puskesmas pada bulan Desember 2015. Selanjutnya 8 Puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2016 di mana 2 puskesmas mendapatkan kapitasi khusus pada bulan Januari 2016, 4 puskesmas pada bulan April 2016 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2016. Sisanya sebanyak 48 puskesmas merupakan puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus pada tahun 2017 yaitu tepatnya 11 puskesmas pada bulan Januari 2017, 5 puskesmas pada Maret 2017, 13 puskesmas pada bulan Juli 2017, 19 puskesmas pada bulan September 2017 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2017. Sebagai kontrol untuk melihat dampak efektifitas kapitasi khusus ditentukan puskesmas yang tidak menerima kapitasi khusus pada tahun analisis (2014-2018) dengan kriteria sebagai berikut:

1. Puskesmas tidak menerima kapitasi khusus

2. Puskesmas berlokasi di kabupaten di mana puskesmas penerima kapitasi khusus berada/berlokasi
3. Puskesmas berada di kecamatan di mana terdapat desa yang termasuk dalam prioritas sasaran pembangunan desa, pembangunan daerah tertinggal, dan transmigrasi sesuai dengan Keputusan Menteri DPDTT RI nomor 126 tahun 2017
4. Puskesmas bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Terdapat 58 puskesmas yang memenuhi kriteria di atas dan tersebar di 12 kabupaten/kota. Data ke-58 puskesmas kontrol ini dikumpulkan dan dianalisis secara panel mulai bulan Januari 2014 hingga April 2018 (4 bulan awal tahun 2018). Berikut tabel yang menggambarkan sebaran jumlah sampel yang diobservasi secara panel:

Tabel 3. Tabel Sampel Kajian Analisis Dampak (DiD)

Tahun	PKM Penerima Kapitasi Khusus	PKM Bukan Penerima Kapitasi khusus
2014	59	58
2015	59	58
2016	59	58
2017	59	58
2018	59	58
Total	**59 Puskesmas**	**58 Puskesmas**

.

Berikut tabel yang menjelaskan sebaran sampel kuantitatif untuk menggambarkan kecenderungan di tahun 2015, 2016, dan 2017.

Tabel 4. Tabel Sampel Kajian Gambaran Kecenderungan Puskesmas yang Memulai Kapitasi Khusus di Tahun 2015, 2016 dan 2017

Tahun	PKM Kapitasi Khusus sejak 2015	PKM Kapitasi Khusus sejak 2016	PKM Kapitasi Khusus sejak 2017	PKM Bukan Penerima Kapitasi khusus
2014	3	8	48	58
2015	3	8	48	58

2016	3	8	48	58
2017	3	8	48	58
2018	3	8	48	58
Total	**3 Puskesmas**	**8 Puskesmas**	**48 Puskesmas**	**58 Puskesmas**

.

Sedangkan jumlah sampel kualitatif sebanyak 19 responden yang berasal dari internal BPJS Kesehatan dan 91 responden di luar BPJS Kesehatan. Pengumpulan data dilakukan di 22 kabupaten/kota yang mewakili Kedeputian Wilayah Sutac, Sumbagteng Jambi, Sumsel Babel Beng, Kaltimtengsetara, Sulselbatramal, Sulutenggomalut dan Bakal Balam sperti tercantum dalam Tabel 5 sebagai berikut:

Tabel 5. Pemetaan Daerah Sampel

KEPWIL	KC	DAERAH YANG DITETAPKAN SEBAGAI DAERAH TERPENCIL DAN KEPULAUAN	JUMLAH FKTP	JUMLAH SAMPEL KUANTITATIF	JUMLAH SAMPEL KUALITATIF					
					BPJS Kesehatan	Kemenkes	Dinkes	Bappeda	Bupati	Dokter/Perawat
KP (Kedeputian Bidang JPKP)					2	3				
Sutac	Gunung Sitoli	Nias Utara	7	5	1		1	1	1	1
Subagteng dan Jambi	Padang	Kab Kepulauan Mentawai	10	8	1		1	1	1	1
	Muara Bungo	Merangin	8	6	1		1	1	1	1
	Tanjung Pinang	Kab Natuna	8	6	1		1	1	1	1
Sumsel Babel beng	Pangkal Pinang	Kab Bangka Selatan	3	2	1		1	1	1	1
	Curup	Kab Bengkulu Utara	3	2	1		1	1	1	1
Kalimteng Setara	Tarakan	Kab Bulungan	2	2	1		1	1	1	1
Sulselbartramal	Palopo	Kab Luwu	6	5	1		1	1	1	1
		Kab Luwu Utara	3	2			1	1	1	1
		Kab Luwu Timur	2	2			1	1	1	1
	Mamuju	Kab Mamuju	6	5	1		1	1	1	1
	Polewali	Kab Majene	11	8	1		1	1	1	1
		Kab Polewali Mandar	3	2			1	1	1	1
	Bulukumba	Kab Selayar	13	10	1		1	1	1	1
	Makasar	Kota Makasar	2	2	1		1	1	1	1
		Kab Pangkep	10	8			1	1	1	1
	Makale	Toraja Utara	6	5	1		1	1	1	1
		Tana Toraja	7	5			1	1	1	1
	Pare-Pare	Kab Pinrang	3	2	1		1	1	1	1
	Ambon	Kab Maluku Tenggara Barat	7	5	1		1	1	1	1
Suluttenggomalut	Palu	Donggala	6	5	1		1	1	1	1
Bakalbalam	Pontianak	Kahayong Utara	4	3	1		1	1	1	1
TOTAL			**130**	**100**	**19**	**3**	**22**	**22**	**22**	**22**

Observasi dilakukan terhadap sejumlah puskesmas seperti tercantum dalam Tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 6. Daftar Nama Puskesmas yang Diobservasi

No	Kepwil	Provinsi	Kantor Cabang	Kabupaten/Kota	FKTP	METODE
1	I	SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	NAMOHALU ESIWA	Observasi
2		SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	LAHEWA	Observasi
3		SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	AFULU	Observasi
4		SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	ALASA	Observasi
5		SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	TUGALA OYO	Observasi
6		SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	ALASA TALUMUZOI	Observasi
7		SUMATERA UTARA	GUNUNG SITOLI	NIAS UTARA	LAHEWA TIMUR	Observasi
8	II	SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	SIOBAN	Observasi
9		SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	MAPADEGAT	Observasi
10		SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	MUARA SIBERUT	Observasi
11		SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	PEI-PEI PASAKIAT TAILELEU	Observasi
12		SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	SAIBI SAMUKOP	Observasi
13		SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	MUARA SIBERUT	Observasi
14		SUMATERA BARAT	PADANG	KEPULAUAN MENTAWAI	MUARA SIKABALUAN	Observasi
15		KEPULAUAN RIAU	TANJUNGPINANG	NATUNA	SEDANAU	Observasi
16		KEPULAUAN RIAU	TANJUNGPINANG	NATUNA	KELARIK	Observasi
17		KEPULAUAN RIAU	TANJUNGPINANG	NATUNA	SUBI	Observasi
18		KEPULAUAN RIAU	TANJUNGPINANG	NATUNA	PULAU LAUT	Observasi
19		KEPULAUAN RIAU	TANJUNGPINANG	NATUNA	PULAU TIGA	Observasi
20		KEPULAUAN RIAU	TANJUNGPINANG	NATUNA	MIDAI	Observasi
21	III	BANGKA BELITUNG	PANGKALPINANG	KAB. BANGKA SELATAN	PKM Lepar Pongok	Observasi
22		BANGKA BELITUNG	PANGKALPINANG	KAB. BANGKA SELATAN	PKM Tanjung Labu	Observasi
23		BENGKULU	CURUP	BENGKULU UTARA	NAPAL PUTIH	Observasi
24		BENGKULU	CURUP	BENGKULU UTARA	TJ. HARAPAN	Observasi
25	VIII	KALIMANTAN UTARA	Tarakan	BULUNGAN	LONG BANG	Observasi
26		KALIMANTAN UTARA	Tarakan	BULUNGAN	LONG BIA	Observasi
27	IX	SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	MAKASSAR	BARANG LOMPO	Observasi
28		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	MAKASSAR	PULAU KODINGARENG	Observasi
29		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	UJUNG JAMPEA	Observasi
30		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	BENTENG JAMPEA	Observasi
31		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	PASITALLU	Observasi
32		SULAWESI SELATAN	PAREPARE	PINRANG	TUPPU	Observasi
33		SULAWESI SELATAN	PAREPARE	PINRANG	BATULAPPA	Observasi
34		SULAWESI SELATAN	PAREPARE	PINRANG	PUSKESMAS SALIMBONGAN	Observasi
35		SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU	SULI BARAT	Observasi
36		SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU	BAJO BARAT	Observasi

No	Kepwil	Provinsi	Kantor Cabang	Kabupaten/Kota	FKTP	METODE
37	IX	SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU	BASTEM	Observasi
38		SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU	NOLING	Observasi
39		SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU	LATIMOJONG	Observasi
40		SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU UTARA	LIMBONG	Observasi
41		SULAWESI SELATAN	PALOPO	LUWU UTARA	SEKO	Observasi
42		SULAWESI BARAT	MAMUJU	MAMUJU	KARATAUN	Observasi
43		SULAWESI BARAT	MAMUJU	MAMUJU	HINUA	Observasi
44		SULAWESI BARAT	MAMUJU	MAMUJU	KALUMPANG	Observasi
45		SULAWESI BARAT	MAMUJU	MAMUJU	KARAMA	Observasi
46		SULAWESI BARAT	POLEWALI	MAMASA	BUNTU MALANGKA	Observasi
47		SULAWESI BARAT	POLEWALI	MAMASA	TABULAHAN	Observasi
48		SULAWESI BARAT	POLEWALI	MAMASA	BAMBANG	Observasi
49		SULAWESI BARAT	POLEWALI	MAMASA	ARALLE	Observasi
50		SULAWESI BARAT	POLEWALI	POLEWALI MANDAR	BULO	Observasi
51		SULAWESI BARAT	POLEWALI	POLEWALI MANDAR	MATANGNGA	Observasi
52		SULAWESI BARAT	POLEWALI	POLEWALI MANDAR	TUTAR	Observasi
53		MALUKU	AMBON	MALUKU TENGGARA BARAT	ADAUT	Observasi
54		MALUKU	AMBON	MALUKU TENGGARA BARAT	NAMTABUNG	Observasi
55		MALUKU	AMBON	MALUKU TENGGARA BARAT	LINGAT	Observasi
56	X	SULAWESI TENGAH	PALU	DONGGALA	BALUKANG	Observasi
57		SULAWESI TENGAH	PALU	DONGGALA	TONGGOLOBIBI	Observasi
58		SULAWESI TENGAH	PALU	DONGGALA	MALEI	Observasi
59		SULAWESI TENGAH	PALU	DONGGALA	LALUNDU	Observasi
60		SULAWESI TENGAH	PALU	DONGGALA	PINEMBANI	Observasi
61		SULAWESI TENGAH	PALU	DONGGALA	LALUNDU DESPOT	Observasi
62	XIII	KALIMANTAN BARAT	PONTIANAK	KAYONG UTARA	Matan Jaya	Observasi
63		KALIMANTAN BARAT	PONTIANAK	KAYONG UTARA	Telaga Arum	Observasi

Sedangkan FGD diadakan di sejumlah puskesmas seperti tercantum dalam Tabel 7 sebagai berikut:

Tabel 7. Daftar Nama Puskesmas yang dilakukan FGD

No	Kepwil	Provinsi	Kantor Cabang	Kabupaten/Kota	FKTP	METODE
1	II	JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	RANTAU LIMAU MANIS	FGD
2		JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	SUNGAI BULIAN	FGD
3		JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	MUARA KIBUL	FGD
4		JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	MUARA SIAU	FGD
5		JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	PASAR MASURAI	FGD
6		JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	MUARA MADRAS	FGD
7		JAMBI	MUARA BUNGO	MERANGIN	RANTAU SULI	FGD
8	IX	SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	KALABIRANG	FGD
9		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	BONTO PERAK	FGD
10		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	BALOCCI	FGD
11		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	Saroppo	FGD
12		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	Sabutung	FGD
13		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	LIUKANG TANGAYA	FGD
14		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	LUKANG KALMAS	FGD
15		SULAWESI SELATAN	MAKASSAR	Pangkep	SABUTUNG	FGD
16		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	PARANGIA	FGD
17		SULAWESI SELATAN	BuLUKUMBA	Selayar	POLEBUNGING	FGD
18		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	BARUGAIA	FGD
19		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	B U K I	FGD
20		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	BONTO SIKUYU	FGD
21		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	L O W A	FGD
22		SULAWESI SELATAN	BULUKUMBA	Selayar	BONTOSUNGGU	FGD
23		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Toraja Utara	AWAN RANTEKARUA	FGD
24		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Toraja Utara	MA'DONG	FGD
25		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Toraja Utara	RANTEUMA	FGD
26		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Toraja Utara	BOKIN	FGD
27		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Toraja Utara	RANTEBUA	FGD
28		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Toraja Utara	BARUPPU	FGD
29		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	BITTUANG	FGD
30		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	RATTE	FGD
31		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	KURRA	FGD
32		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	BUAKAYU	FGD
33		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	RANO	FGD
34		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	LEKKE	FGD
35		SULAWESI SELATAN	PALOPO	Tana Toraja	KONDODEWATA	FGD

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada 7 Kedeputian Wilayah BPJS Kesehatan, 17 kantor cabang yang tersebar di 17 provinsi dan 22 kabupaten/kota, yaitu: Nias Utara, Kepulauan Mentawai, Merangin, Natuna, Bangka Selatan, Bengkulu Utara, Bulungan, Luwu, Luwu Utara, Luwu Timur, Mamuju, Majene, Polewali Mandar, Selayar, Makassar, Pangkep, Toraja Utara, Tana Toraja, Pinrang, Maluku Tenggara Barat, Donggala, dan Kayong Utara. Waktu Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni 2018 – September 2018.

C. Subjek Penelitian

Responden wawancara penelitian ini terdiri dari kepala daerah/sekretaris daerah, Bappeda, dinas kesehatan kabupaten/kota, kepala puskesmas, bendahara puskesmas, kementerian kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, dan kantor pusat BPJS Kesehatan. Adapun responden kuantitatif adalah peserta BPJS Kesehatan yang telah pernah berobat menggunakan kartu BPJS Kesehatan di puskesmas.

D. Analisis Data

1. **Studi Kuantitatif**

   Data kuantitatif berupa survei pasien dan *checklist* observasi kesesuaian pemenuhan kriteria terpencil dan sangat terpencil dianalisis secara deskriptif. Selanjutnya data kuantitatif yang didapatkan dari BPJS Kesehatan yang terdiri dari utilisasi RJTP, jumlah dokter, dan besar penerimaan kapitasi pada tahun 2014-2018 di masing-masing FKTP diolah dengan menggunakan STATA 12 dan uji *difference in difference* (dua beda) untuk melihat kecenderungan perubahan rasio utilisasi, jumlah dokter, dan penerimaan kapitasi sebelum dan setelah kapitasi khusus diimplementasikan.

2. **Studi Kualitatif**

   Data kualitatif dianalisis menggunakan *open code* dengan pendekatan *policy*. Responden terdiri dari:

   a. Responden tingkat pusat meliputi Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan

b. Responden tingkat daerah meliputi bupati/walikota/sekretaris daerah, Bappeda, dinas kesehatan, kepala puskesmas dan/atau bendahara puskesmas, serta kepala kantor cabang BPJS Kesehatan.

E. Keterbatasan Penelitian

Ketersediaan data di masing-masing FKTP sangat beragam karena kapitasi khusus tidak diberlakukan bersamaan. Hal ini mengakibatkan cukup banyak ditemukan *missing data* sehingga perlu dilakukan *data cleaning* yang cukup memakan waktu.

F. Tahapan Kegiatan

Kajian ini terbagi menjadi beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Menyusun instrumen kajian
2. Menyusun *dummy table* dan matriks data hasil kuantitatif dan kualitatif dengan mempertimbangkan *literatur review*, variabel penelitian dan format instrumen penelitian yang telah dikembangkan
3. Mengajukan *ethical clearance* di Komisi Etik Penelitian FKKMK UGM
4. Mengajukan izin penelitian di Kemendagri, Bakesbanglimnas provinsi/kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, dan puskesmas dengan berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan.
5. Melakukan pengumpulan data dengan melibatkan *stakeholder* baik di pusat maupun daerah dengan disertai *informed consent* yang diperuntukkan bagi masing-masing responden
6. Mengentri, mengolah dan menganalisis data
7. Menyusun laporan

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

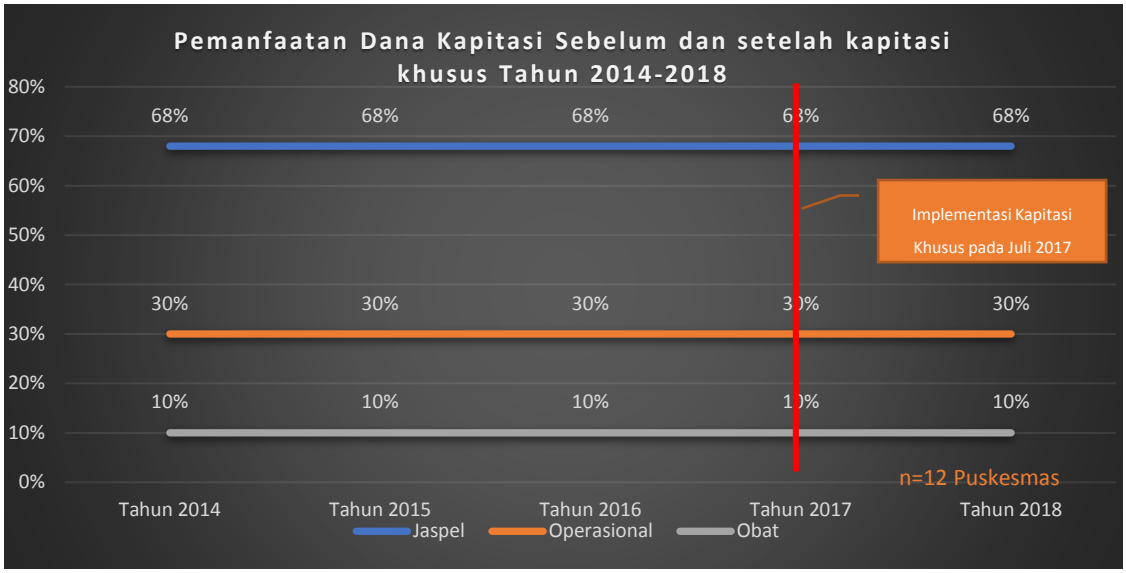
A. HASIL PENELITIAN

A.1 HASIL KUANTITATIF

1. **Pemanfaatan Dana Kapitasi Sebelum dan Setelah Kapitasi Khusus**

   Dari hasil *cleaning data,* untuk pemanfaatan dana kapitasi khusus ada 12 puskesmas dari 91 puskesmas yang memenuhi syarat untuk dianalisis, kedua belas puskesmas memberikan data pemanfaatan dana kapitasi mulai tahun 2014-2018 Sedangkan sebanyak 79 puskesmas yang harus di-*drop*, karena hanya memberikan data pemanfaatan kapitasi pada tahun tertentu saja, misalnya hanya tahun 2016 saja atau 2017 saja, sedangkan tahun lainnya kosong (*missing*). Dengan data keduabelas puskesmas tersebut dapat dilihat kecenderungan pemanfaatan kapitasi dari tahun 2014 hingga tahun 2018. Keduabelas puskesmas tersebut mulai mengimplementasikan kapitasi khusus pada saat yang sama yaitu pada bulan Juli tahun 2017 dan semuanya berlokasi di Kabupaten Pangkajene.

   Hasil analisis memperlihatkan bahwa keduabelas puskesmas tersebut tidak menunjukkan adanya perbedaan pemanfaatan dana kapitasi dari tahun 2014-2018. Rata-rata proporsi pemanfaatan untuk jasa pelayanan setiap tahun tetap sama, sebesar 68%, begitu juga dengan proporsi biaya operasional setiap tahun juga sama yaitu sebesar 30%. Dari data keduabelas puskesmas ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan pemanfaatan dana kapitasi sebelum dan setelah mendapatkan kapitasi khusus. Hasil analisis kuantitatif ini juga didukung hasil analisis kualitatif. Sejumlah responden menyatakan belum ada perbedaan dalam pemanfaatan sejak pertama kali kapitasi khusus diberlakukan sampai dengan awal tahun 2018. Salah satu factor penyebabnya karena sampai saat ini belum ada regulasi turunan di daerah (tingkat kabupaten) yang menjelaskan secara teknis penggunaan dana kapitasi khusus. Berikut grafik yang menggambarkan pemanfaatan dana kapitasi sebelum dan setelah dana setelah pembayaran kapitasi khusus di 12 puskesmas.

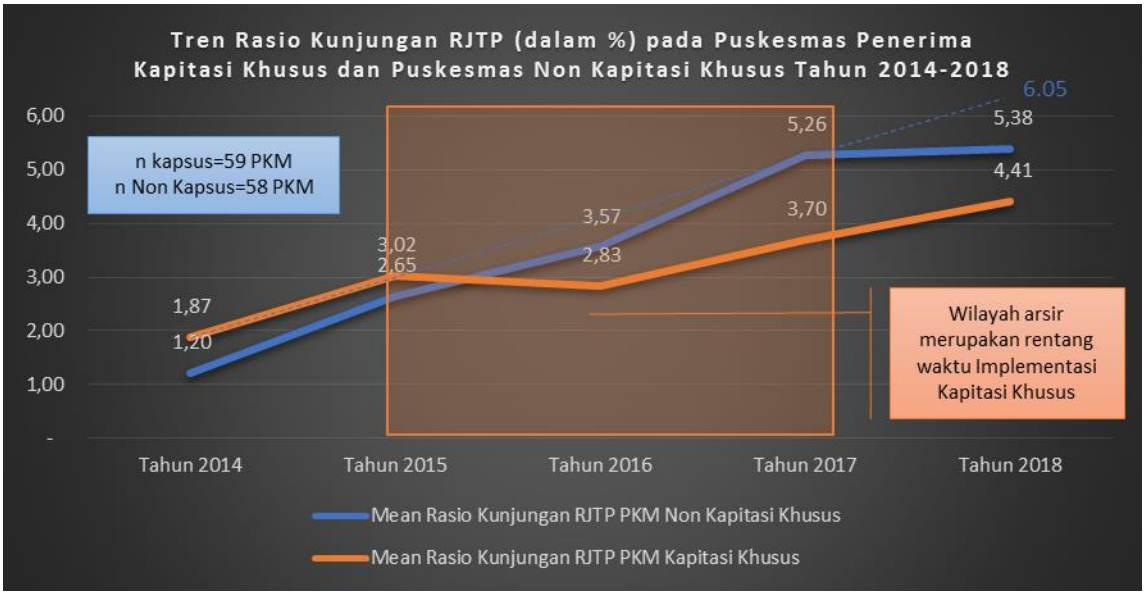


Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 4. Pemanfaatan Dana Kapitasi Sebelum dan Setelah Kapitasi Khusus

2. ***Trend* Rasio Utilisasi Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di Puskesmas Penerima Kapitasi Khusus dan Puskesmas Kontrol**

   Trend rasio utilisasi rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dapat dilihat pada 59 puskesmas penerima kapitasi khusus yang mulai menerima kapitasi khusus pada tahun 2015, 2016, dan 2017, tepatnya 3 puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2015 yang mana 2 puskesmas pada bulan Agustus 2015 dan 1 puskesmas pada bulan Desember 2015. Selanjutnya 8 Puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2016 yang mana 2 puskesmas mendapatkan kapitasi khusus pada bulan Januari 2016, 4 puskesmas pada bulan April 2016 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2016. Sisanya sebanyak 48 puskesmas merupakan puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus pada tahun 2017 yaitu 11 puskesmas pada bulan Januari 2017, 5 puskesmas pada Maret 2017, 13 puskesmas pada bulan Juli 2017, 19 puskesmas pada bulan September 2017 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2017. Sedangkan untuk puskesmas kontrol ada 58 puskesmas.



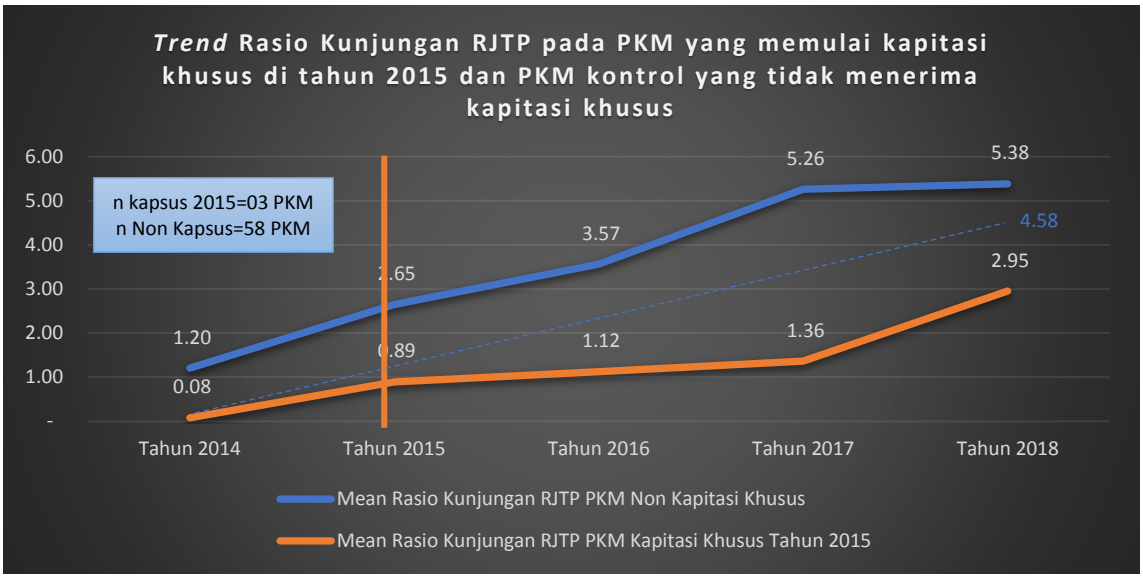
Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 5. Grafik tren rasio kunjungan rawat jalan pada puskesmas kapitasi khusus dan non kapitasi khusus

Gambar 5 menunjukkan puskesmas penerima kapitasi khusus (grafik berwarna *orange*) dan puskesmas yang bukan penerima kapitasi khusus (grafik berwarna biru) memiliki *trend* rasio utilisasi yang terus meningkat dari tahun 2014 hingga tahun 2018. Meskipun begitu, ada kecenderungan bahwa peningkatan rasio utilisasi pada puskesmas bukan penerima kapitasi khusus meningkat lebih besar daripada puskesmas penerima kapitasi khusus. Puskesmas bukan penerima kapitasi khusus, hingga tahun 2018, rasio utilisasinya meningkat menjadi 5,38% (ada peningkatan sebesar 4,18 poin) dari puskesmas penerima kapitasi khusus yang pada tahun yang sama (rasio utilisasinya sebesar 4,41%, hanya terjadi peningkatan sebesar 2,54 poin). Jika puskesmas penerima kapitasi khusus mengalami peningkatan rasio kunjungan sama seperti pada kelompok puskesmas kontrol, minimal besar rasio utilisasi adalah sebesar 6,05% hingga April 2018, namun pada kenyataannya rata-rata rasio utilisasi pada kelompok penerima kapitasi khusus hingga April 2018 adalah sebesar 4,41% dari jumlah peserta yang terdaftar pada puskesmas tersebut.

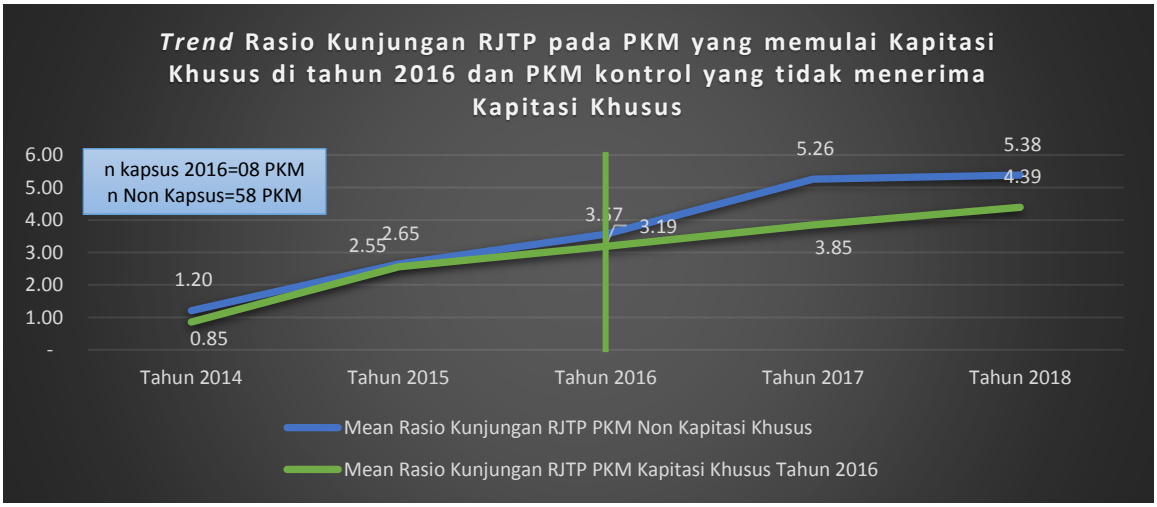
Gambar 6, 7, dan 8 berikut ini menjabarkan secara lebih detail *trend* rasio utilisasi per kelompok puskesmas (berdasarkan waktu pertama kali mendapatkan kapitasi khusus). Gambar 6 untuk kelompok puskesmas yang mendapat kapitasi khusus pada tahun 2015, Gambar 7 untuk kelompok puskesmas yang mendapat kapitasi khusus pada tahun 2016,

dan Gambar 8 untuk kelompok puskesmas yang mendapat kapitasi khusus pada tahun 2018.



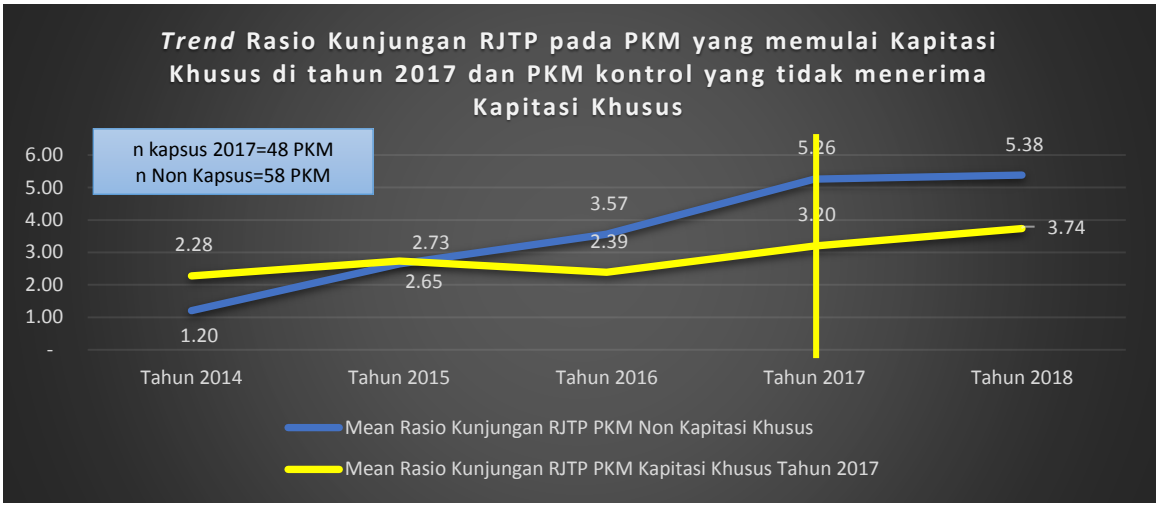
Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 6. Grafik *trend* rasio kunjungan RJTP pada kelompok puskesmas yang memulai kapitasi khusus di tahun 2015 dan kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 7. Grafik *trend* rasio kunjungan RJTP pada kelompok puskesmas yang memulai kapitasi khusus di tahun 2015 dan kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus



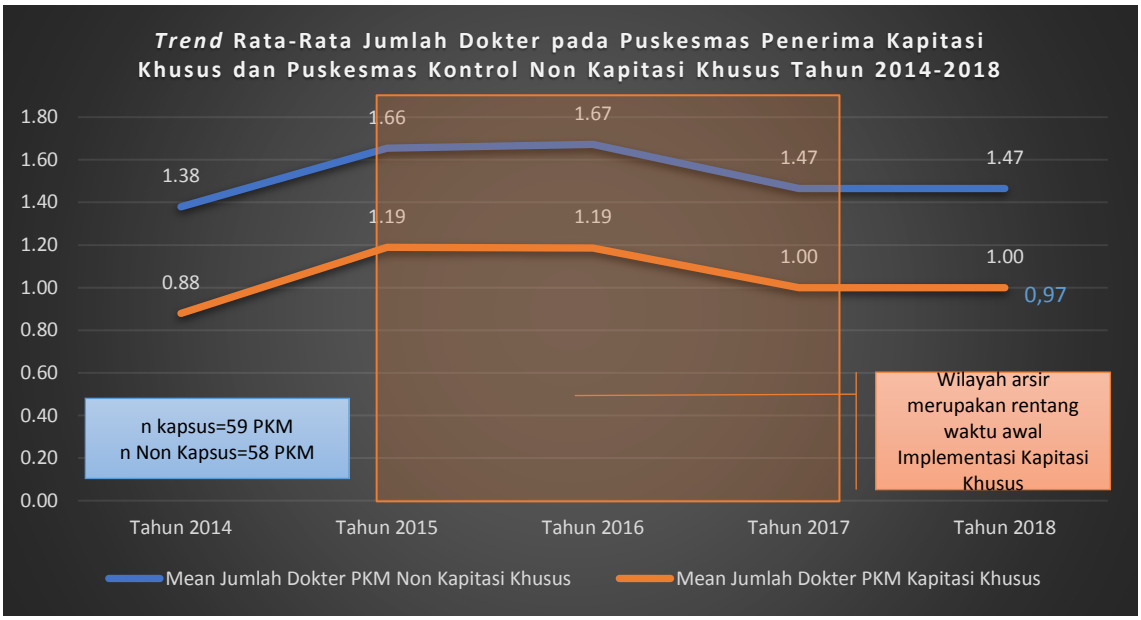
Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 8. Grafik *trend* rasio kunjungan RJTP pada kelompok puskesmas yang memulai kapitasi khusus di tahun 2015 dan kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus

Dari ketiga gambar 6, 7, dan 8 di atas terlihat bahwa ketiga kelompok puskesmas menunjukkan terjadinya kecenderungan peningkatan rasio utilisasi setelah mendapatkan kapitasi khusus. Akan tetapi peningkatan ini tidak sebesar peningkatan rasio utilisasi pada kelompok puskesmas kontrol yang tidak mendapatkan kapitasi khusus.

3. Tren Jumlah Dokter di Puskesmas Penerima Kapitasi Khusus dan Puskesmas Kontrol

Trend jumlah dokter dapat dilihat pada 59 puskesmas penerima kapitasi khusus yang mulai menerima kapitasi khusus pada tahun 2015, 2016 dan 2017, tepatnya 3 puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2015 yang mana 2 puskesmas pada bulan Agustus 2015 dan 1 puskesmas pada bulan Desember 2015. Selanjutnya 8 puskesmas mendapat kapitasi khusus sejak tahun 2016 yang mana 2 puskesmas mendapatkan kapitasi khusus pada bulan Januari 2016, 4 puskesmas pada bulan April 2016 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2016. Sisanya sebanyak 48 puskesmas merupakan puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus pada tahun 2017 yaitu 11 puskesmas pada bulan Januari 2017, 5 puskesmas pada Maret 2017, 13 puskesmas pada bulan Juli 2017, 19 puskesmas pada bulan September 2017 dan 2 puskesmas pada bulan Oktober 2017. Sedangkan ada 58 puskesmas kontrol (tidak menerima kapitasi khusus).



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 9. Grafik *trend* rasio jumlah dokter pada puskesmas kapitasi khusus dan non kapitasi khusus

Gambar 9 di atas menunjukkan rata-rata jumlah dokter pada tahun 2014 di puskesmas penerima kapitasi khusus (grafik berwarna *orange*) adalah sebesar 0,88 dokter yang berarti rata-rata setiap puskesmas memiliki tidak sampai 1 orang dokter atau ada puskesmas yang tidak memiliki dokter. Sebaliknya pada puskesmas kontrol/non kapitasi khusus (grafik berwarna biru) rata-rata jumlah dokter adalah sebesar 1,38 yang berarti rata-rata setiap puskesmas memiliki 1 orang dokter, dan ada puskesmas yang memiliki lebih dari 1 orang dokter. Jumlah rata-rata dokter di tahun 2014 – satu tahun sebelum kapitasi khusus diimplementasikan – di puskesmas penerima kapitasi khusus relatif lebih rendah dibandingkan di puskesmas kontrol. Pada tahun 2015, tahun ketika kebijakan kapitasi khusus pertama kali diimplementasikan, terlihat bahwa baik pada kelompok puskesmas kontrol maupun puskesmas penerima kapitasi khusus telah mengalami peningkatan rata-rata jumlah dokter. *Trend* ini bertahan selama 1 tahun dari tahun 2015 hingga tahun 2016. Akan tetapi pada tahun 2017 ada perubahan *trend*, yang mana baik puskesmas penerima kapitasi khusus maupun puskesmas kontrol mengalami penurunan rata-rata jumlah dokter. Belum diketahui secara pasti penyebab penurunan jumlah dokter ini, meskipun ditengarai ada perubahan kebijakan terkait kebijakan pengadaan dokter di tingkat pusat dan daerah. Alasan lain disebabkan oleh berakhirnya

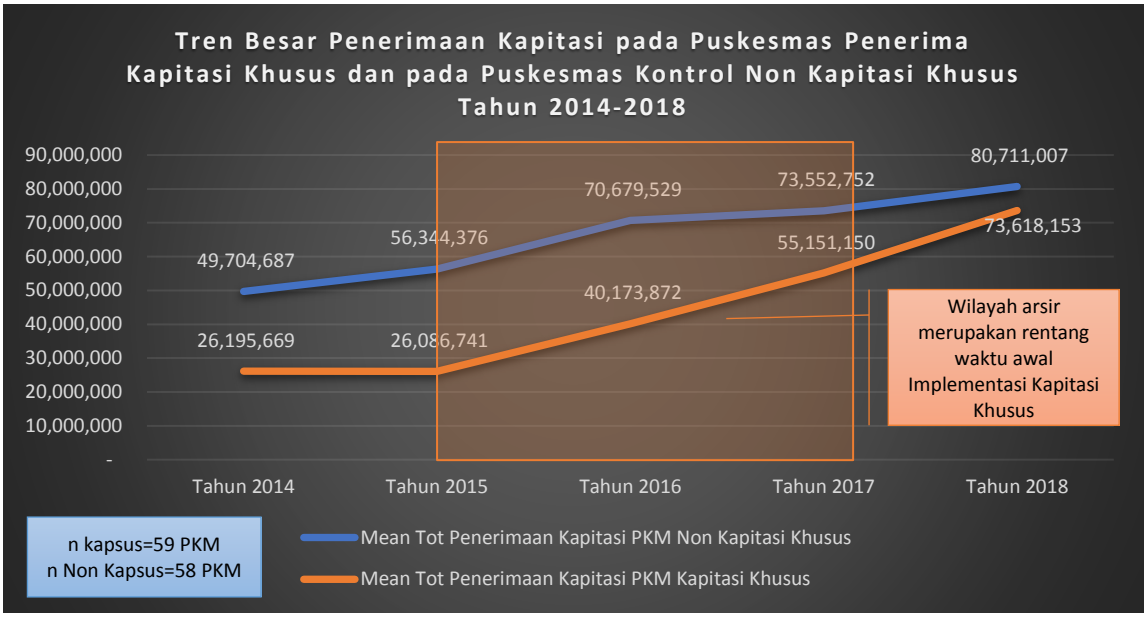
masa kontrak dokter program Nusantara Sehat telah selesai. Rata-rata jumlah dokter di tahun 2017 sama angkanya dengan rata-rata jumlah dokter di tahun 2018, baik pada puskesmas penerima kapitasi khusus dan puskesmas kontrol. Grafik di atas memperlihatkan adanya kemiripan pola grafik rata-rata jumlah dokter baik di puskesmas dengan kapitasi khusus maupun puskesmas control. Salah satu penjelasan dari kecenderungan ini karena kebijakan pengadaan dokter di puskesmas tidak ditentukan oleh puskesmas itu sendiri, akan tetapi merupakan kebijakan pemerintah daerah. Sehingga meskipun puskesmas kapitasi khusus mendapatkan dana kapitasi yang lebih besar dibandingkan puskesmas kontrol, akan tetapi pemerintah daerahlah yang menentukan pengadaan dokter di puskesmas, baik penerima kapitasi khusus maupun bukan. Penjelasan lainnya adalah, pengadaan dokter memerlukan waktu sehingga dalam jangka pendek sulit untuk menginisiasi pengadaan dokter, kecuali pengadaan dokter itu sudah direncanakan sebelumnya oleh pemerintah daerah.

Dari grafik di atas dapat dilihat bahwa pada saat awal implementasi kapitasi khusus (tahun 2015) rata-rata jumlah dokter di puskesmas penerima kapitasi khusus dan puskesmas kontrol mengalami kenaikan kemudian stagnan di tahun 2016 dan mengalami penurunan di tahun 2017 kemudian stagnan kembali hingga April tahun 2018. Pada grafik juga terlihat ada garis estimasi di mana garis estimasi menunjukkan bahwa jika dilakukan estimasi seperti kondisi peningkatan rata-rata jumlah dokter di puskesmas kontrol, maka rata-rata jumlah dokter di puskemas kapitasi khusus pada peningkatan yang sama dengan kontrol adalah sebesar 0,97. Nilai ini masih lebih kecil dari rata-rata jumlah dokter yang sebenarnya di tahun 2018 tapi hal ini menunjukkan jika peningkatan rata-rata jumlah dokter dari tahun 2014 ke tahun 2018 pada puskesmas penerima kapitasi khusus sedikit lebih besar 0,03 poin dari peningkatan rata-rata jumlah dokter di puskesmas kontrol, dan ini menunjukkan hal yang positif.

4. *Trend* Besar Penerimaan Kapitasi di Puskesmas Penerima Kapitasi khusus dan Puskesmas Kontrol

Trend besar penerimaan kapitasi dapat dilihat pada 59 puskesmas penerima kapitasi khusus yang mulai menerima kapitasi khusus pada tahun 2015, 2016, dan 2017 dengan 58 puskesmas kontrol.

Berikut grafik yang menunjukkan *trend* rata-rata penerimaan kapitasi pada puskesmas penerima kapitasi khusus dan puskesmas kontrol:



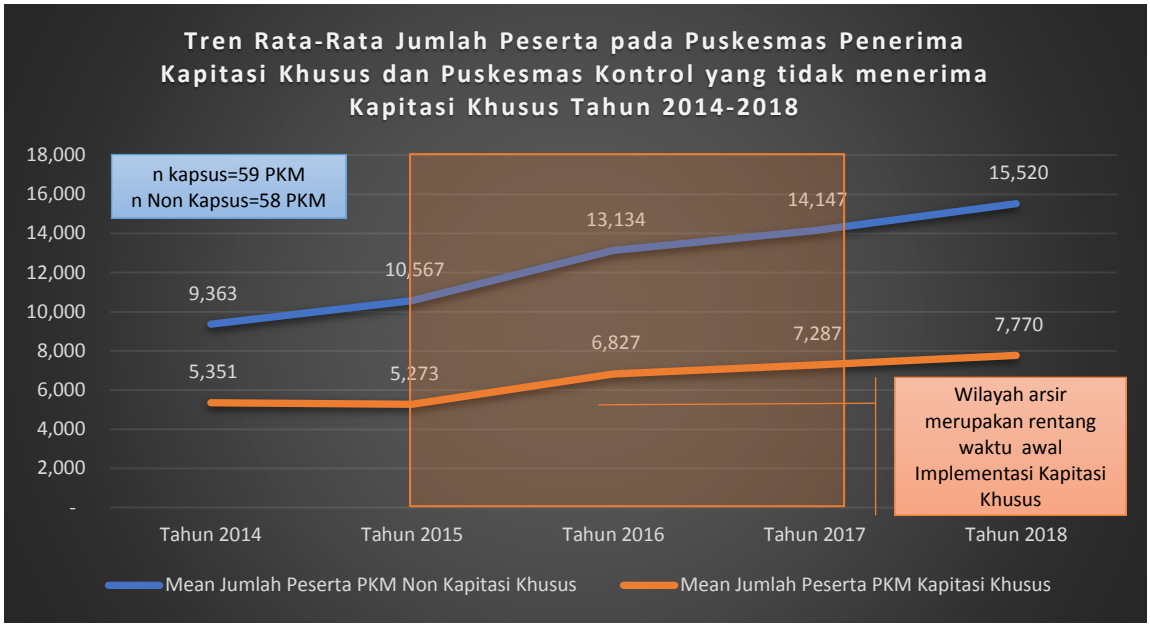
Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 10. *Trend* besar penerimaan kapitasi khusus pada puskesmas kapitasi khusus dan non kapitasi khusus

Gambar 10 menunjukkan bahwa pada tahun 2014 sebelum kapitasi khusus diimplementasikan rata-rata besar penerimaan kapitasi pada puskemas yang tidak menerima kapitasi khusus lebih besar dari rata-rata penerimaan kapitasi di puskesmas yang nantinya menerima kapitasi khusus (selisihnya sebesar Rp23.509.018,00). Pada awal kapitasi khusus diterapkan di tahun 2015, grafik menunjukkan ada sedikit penurunan pada rata-rata penerimaan kapitasi khusus. Keadaan ini dapat terjadi karena pada tahun tersebut baru 3 puskesmas dari 59 puskesmas yang mulai mengimplementasikan kapitasi khusus pada trimester ketiga tahun 2015. Sedangkan 56 puskesmas lainnya belum mengimplementasikan kapitasi khusus karena satu dan lain hal. Pada tahun 2016 dan 2017 puskesmas penerima kapitasi khusus terlihat mengalami peningkatan penerimaan kapitasi yang lebih besar daripada puskesmas kontrol. Pada tahun 2018 terlihat grafik *trend* kelompok puskesmas penerima kapitasi khusus semakin mendekati grafik *trend* kelompok puskesmas kontrol, dengan selisih sebesar Rp7.092.854,00. Terlihat bahwa pada kelompok puskesmas penerima kapitasi khusus rata-rata peningkatan penerimaan kapitasinya lebih besar dari puskesmas kontrol.

5. *Trend* Jumlah Peserta

Trend jumlah peserta dilihat pada 59 puskesmas penerima kapitasi khusus yang mulai menerima kapitasi khusus pada tahun 2015, 2016 dan 2017, serta 58 sebagai puskesmas kontrol.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

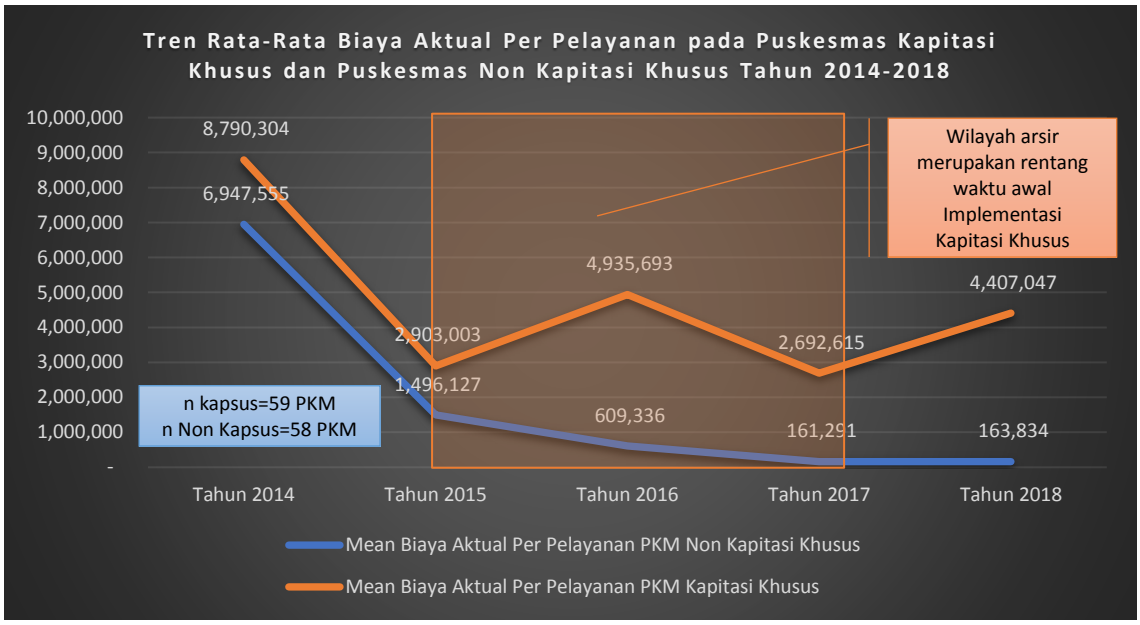
Gambar 11 rata-rata jumlah peserta di puskesmas penerima kapitasi khusus dan non kapitasi khusus

Grafik 11 di atas menunjukkan jumlah peserta baik di puskesmas penerima kapitasi khusus maupun non kapitasi stabil terus meningkat dari tahun 2014 hingga tahun 2018. Sejak sebelum implementasi kapitasi khusus dan setelah kapitasi khusus rata-rata jumlah peserta di puskesmas penerima kapitasi khusus selalu lebih kecil dari puskesmas kontrol. Pada grafik fenomena ini diperlihatkan oleh garis warna biru (puskesmas kontrol) dan garis warna oranye (puskesmas penerima kapitasi khusus.

6. *Trend* Biaya Aktual Pelayanan

Trend biaya aktual juga dilihat pada 59 puskesmas penerima kapitasi khusus yang mulai menerima kapitasi khusus pada tahun 2015, 2016, dan 2017, serta 58 puskesmas sebagai kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus. Biaya aktual adalah rata-rata biaya pelayanan per orang yang berkunjung di FKTP. Nilainya didapatkan dari

pembagian besaran penerimaan kapitasi dengan jumlah pasien yang berkunjung di FKTP tersebut dalam satu rentang waktu.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 12 Rata-rata biaya aktual pelayanan di puskesmas penerima kapitasi khusus dan non kapitasi khusus

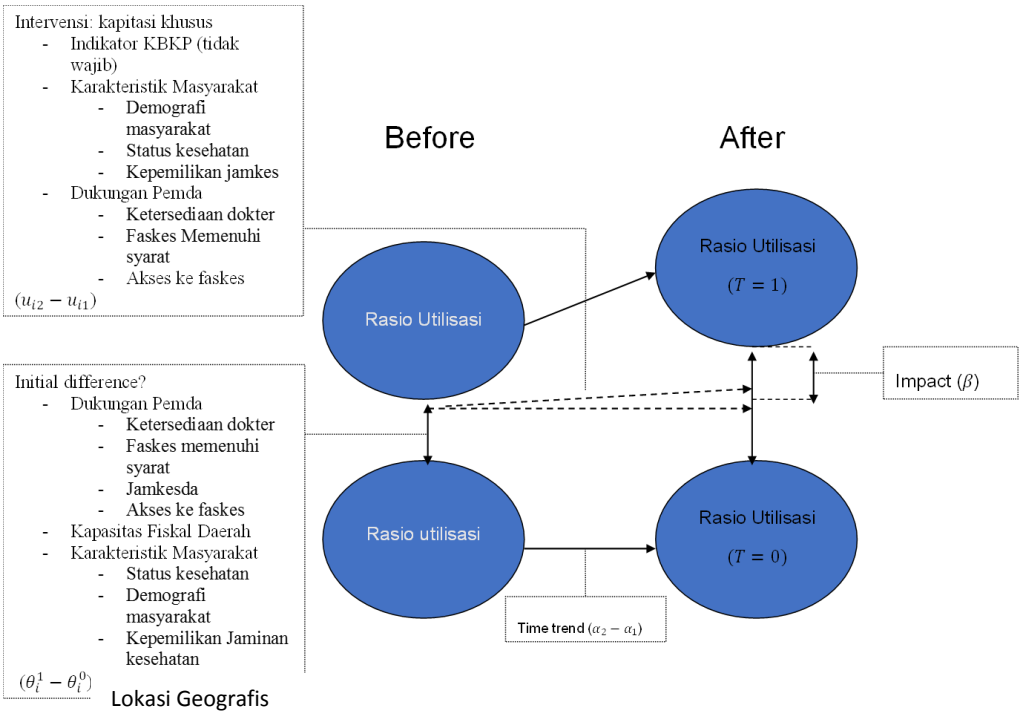
Gambar 12 di atas menunjukkan rata-rata biaya aktual per pelayanan RJTP di puskesmas penerima kapitasi khusus lebih besar daripada di puskesmas kontrol. Biaya aktual per pelayanan RJTP di puskesmas kontrol menunjukkan *trend* yang semakin menurun (garis warna biru). Sebaliknya, biaya aktual di puskesmas penerima kapitasi menujukkan trend yang tidak konsisten, tapi memasuki tahun 2018 ada kecenderungan untuk meningkat (garis warna oranye), yaitu sebesar Rp 4.407.047,00. Nilai ini jauh di atas rata-rata biaya aktual pada puskesmas kontrol yang hanya sebesar Rp163.834,00.

7. Efek Kapitasi Khusus terhadap Rasio Utilisasi, Jumlah SDM dokter dan besar penerimaan kapitasi

a) Analisis Dampak

Melihat efek kapitasi khusus dengan metode *difference in difference* (*double difference*). *Difference in difference* adalah teknik statistik yang banyak digunakan dalam ekonometri dan penelitian kuantitatif dalam ilmu social. Teknik ini mencoba meniru desain penelitian eksperimental dengan menggunakan data studi

observasional dan mempelajari efek diferensial dari sebuah perlakuan (*treatment*) pada 'kelompok perlakuan' terhadap 'kelompok kontrol' dalam eksperimen alami.[1]



Gambar 13. Gambaran estimasi dampak sebelum dan setelah kapitasi khusus

	$T_{2i} = 1$	$T_{2i} = 0$	Δ
$t = 1$	$E(Y_{1i}^1 \mid T_{2i} = 1)$	$E(Y_{1i}^0 \mid T_{2i} = 0)$	Δ_1^T
$t = 2$	$E(Y_{2i}^1 \mid T_{2i} = 1)$	$E(Y_{2i}^0 \mid T_{2i} = 0)$	Δ_2^T
Δ	Δ_t^1	Δ_t^0	$\Delta\Delta$

Gambar 14. DiD estimasi dalam penjabaran dalam table 3x3

T_{2i}=1 adalah kelompok treatmen pada tahun kedua/setelah kapitasi khusus diimplementasikan, T_{2i}=0 adalah kelompok kontrol pada tahun kedua/setelah kapitasi khusus diimplementasikan namun kelompok ini tidak mendapatkan

[1] *Angrist, J. D.; Pischke, J. S. (2008). Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion. Princeton University Press. pp. 227–243. ISBN 978-0-691-12034-8.*

kapitasi khusus, t=1 adalah tahun sebelum program kapitasi khusus diimplementasikan, t=2 adalah tahun setelah program kapitasi khusus diimplementasikan. $\Delta^T{}_1$ adalah perbedaan sebelum program kapitasi khusus pada kelompok *treated* dan kelompok kontrol (yang tidak mendapatkan kapitasi khusus). $\Delta^T{}_2$ adalah perbedaan setelah program kapitasi khusus pada kelompok *treated* (yang mendapatkan kapitasi khusus) dan kelompok kontrol (yang tidak mendapatkan kapitasi khusus). $\Delta^1{}_t$ adalah perbedaan sebelum program kapitasi khusus dan setelah adanya kapitasi khusus pada kelompok *treated* (yang mendapatkan kapitasi khusus). $\Delta^0{}_t$ adalah perbedaan sebelum program kapitasi khusus dan setelah adanya kapitasi khusus pada kelompok kontrol (yang tidak mendapatkan kapitasi khusus). $\Delta\Delta$ adalah perbedaan dari perbedaan antara kelompok *treated* (yang mendapatkan kapitasi khusus) dan kelompok kontrol (yang tidak mendapatkan kapitasi khusus) setelah kapitasi khusus dengan perbedaan antara kelompok *treated* dan kelompok kontrol sebelum kapitasi khusus ($\Delta\Delta = \Delta^T{}_2 - \Delta^T{}_1$). Dan $\Delta\Delta$ juga merupakan perbedaan (selisih) dari perbedaan antara sebelum program kapitasi khusus dan setelah kapitasi khusus pada kelompok treated dan perbedaan sebelum program kapitasi khusus dan setelah adanya kapitasi khusus pada kelompok kontrol ($\Delta\Delta = \Delta^1{}_t - \Delta^0{}_t$). Berikut estimasi DiD dalam analisis dan regressi:

Analsis *difference-in-difference*

$$\beta_{DD} = E\left(y_{i,2006} - y_{i,2005} \middle| A = 1\right) - E\left(y_{i,2006} - y_{i,2005} \middle| A = 0\right)$$

$$\hat{\beta}_{DID} = E(Y_{2i}^1 - Y_{1i}^1 | T_{2i} = 1) - E(Y_{2i}^0 - Y_{1i}^0 | T_{2i} = 0)$$

$$= E(Y_{2i}^1 | T_{2i} = 1) - E(Y_{1i}^1 | T_{2i} = 1) - E(Y_{2i}^0 | T_{2i} = 0) + E(Y_{1i}^0 | T_{2i} = 0)$$

$$= \beta + E(\eta_i | T_{2i} = 1) + E(u_{2i} - u_{1i} | T_{2i} = 1) - E(u_{2i} - u_{1i} | T_{2i} = 0)$$

Difference regressions

$$\Delta y_{it} = \beta_{DD} \Delta A_{it} + \gamma \Delta X_{it} + \delta_{rt} + \Delta \varepsilon_{it}$$

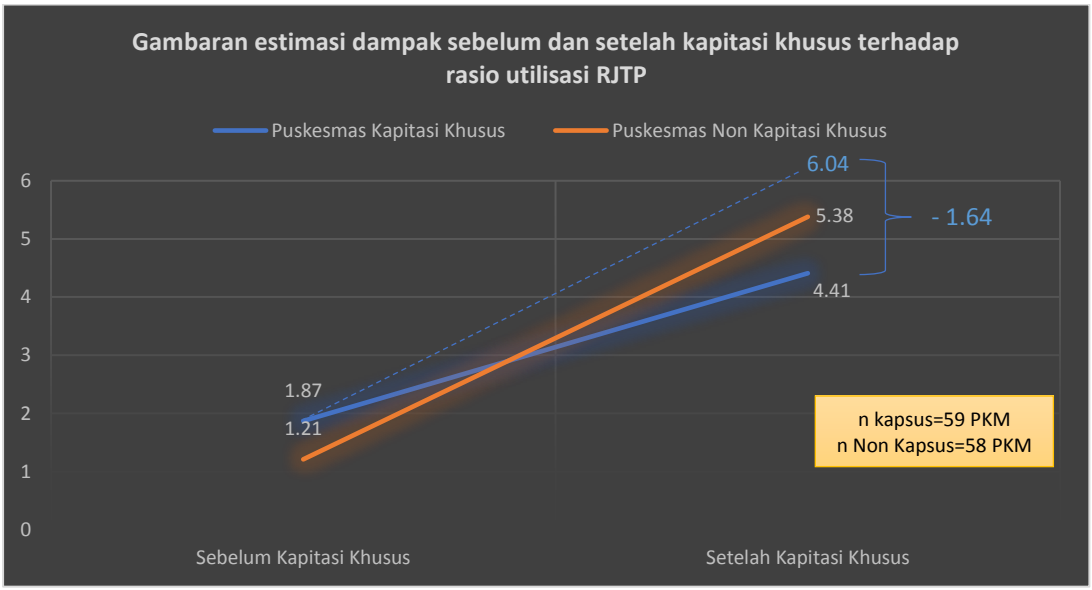
b) Asumsi yang digunakan

Kapitasi khusus diimplementasikan dalam waktu yang berbeda-beda. Ada puskesmas yang mulai menerima pembayaran pada tahun 2015, ada pula yang mulai menerimanya pada tahun 2016 dan paling baru/terakhir berdasarkan data

sampel baru dimulai pada bulan Oktober tahun 2017. *Cut point* waktu implementasi penerapan kebijakan kapitasi khusus ditetapkan di tahun 2015, 2016 dan 2017. Di mana data baik di tahun 2015, 2016 dan 2017 dikeluarkan dan tidak dianalisis, analisis hanya dilakukan pada data rasio utilisasi dan jumlah dokter di tahun 2014 (1 tahun sebelum implementasi kapitasi khusus yang dihitung dari waktu puskesmas yang paling lama telah mengimplementasikan kapitasi khusus) dan tahun 2018 (6 bulan setelah implementasi kapitasi khusus dihitung dari waktu puskesmas yang paling baru mendapatkan kapitasi khusus). Data tahun 2014 dan tahun 2017 merupakan data rata-rata rasio utilisasi dan rata-rata jumlah dokter per bulan selama 1 tahun (Januari hingga Desember), kecuali data tahun 2018 yang hanya menggunakan data jumlah dokter dari bulan Januari hingga April 2018. Kelompok kontrol adalah puskesmas yang tidak menerima kapitasi khusus dan berlokasi di 12 kabupaten/kota yang sama dengan puskesmas penerima kapitasi khusus, kecuali pada kabupaten kota yang tidak memiliki puskesmas kontrol seperti Kepulauan Mentawai, Bangka Selatan dan Kota Makassar, karena tidak adanya puskesmas yang memenuhi syarat sesuai kriteria puskesmas kontrol. Puskesmas kontrol ini merupakan puskesmas yang berlokasi pada kecamatan di mana pada kecamatan tersebut terdapat desa yang termasuk dalam prioritas sasaran pembangunan desa, pembangunan daerah tertinggal, dan transmigrasi sesuai dengan Keputusan Menteri DPDTT RI nomor 126 tahun 2017.

c) Dampak Kapitasi Khusus terhadap Rasio Utilisasi

Pada gambar lima belas di bawah ini terlihat bahwa *trend* rasio utilisasi baik di puskesmas penerima kapitasi khusus dan di puskesmas kontrol memiliki tren naik/meningkat dari sebelum kapitasi khusus dan setelah implementasi kapitasi khusus. Namun memang peningkatan rasio utilisasi di kelompok puskesmas penerima kapitasi khusus tidak sebesar peningkatan rasio utilisasi pada kelompok puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 15 Gambaran Estimasi dampak kapitasi khusus terhadap rasio utilisasi RJTP

Hal ini juga didukung hasil uji regresi dibawah ini yang menunjukkan bahwa kapitasi khusus memiliki dampak signifikan pada 10% dimana kapitasi khusus berdampak negatif terhadap rasio utilisasi RJTP dengan nilai coefisien -1,64 dan p-value: 0,062. Dari tabel terlihat bahwa intervensi kapitasi khusus pada 59 sampel kajian membuat besar rasio utilisasi lebih kecil/mengurangi dari yang seharusnya, sebagaimana estimasi dari kelompok kontrol berdasarkan 58 puskesmas yang tidak menerima kapitasi khusus. Hal ini bisa jadi tidak sesuai/bertentangan dengan harapan sebagaimana tujuan kapitasi khusus diberikan.

Hasil uji regresi menunjukkan bahwa kapitasi khusus berdampak terhadap penurunan/pengurangan rasio utilisasi, karena walaupun rasio utilisasi meningkat di puskesmas penerima kapitasi khusus, namun peningkatan tersebut lebih kecil dari yang seharusnya (seperti peningkatan alami pada kelompok kontrol). Berikut tabel hasil regresi kapitasi khusus terhadap rasio utilisasi:

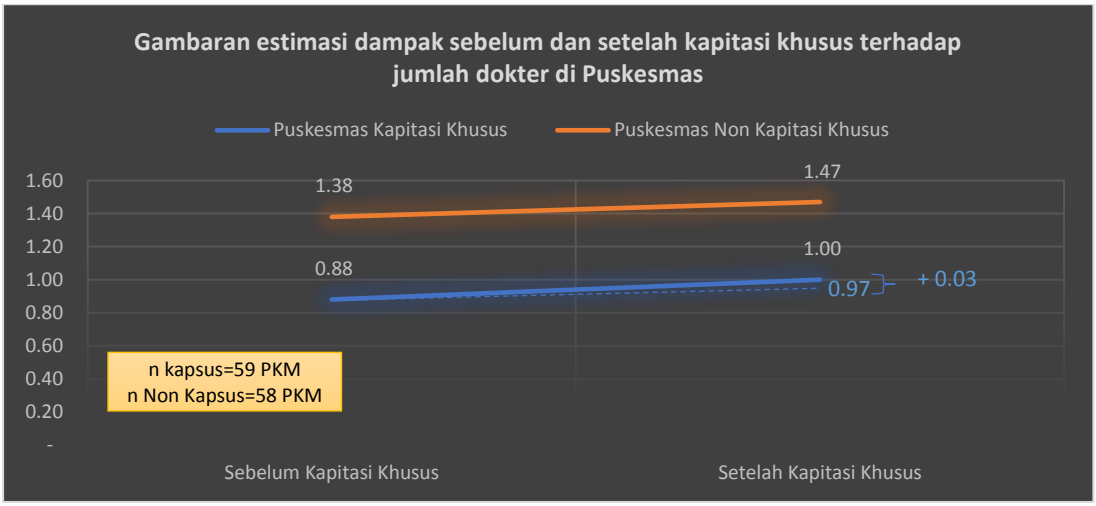
Tabel 8. Hasil Regresi dampak kapitasi khusus terhadap rasio utilisasi

```
Linear regression                               Number of obs =     234
                                                F(  3,    230) =   29.91
                                                Prob > F      =  0.0000
                                                R-squared     =  0.2120
                                                Root MSE      =  3.3569
```

rasio_rjtp_2	Coef.	Robust Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
time	4.178641	.4826118	8.66	0.000	3.227735	5.129546
kapitasi_khusus	.6680971	.4848139	1.38	0.170	-.287147	1.623341
did	-1.642695	.8748487	-1.88	0.062	-3.366437	.0810475
_cons	1.204983	.2233155	5.40	0.000	.7649779	1.644989

d) Dampak Kapitasi Khusus terhadap Jumlah Dokter

Dari gambar enam belas di bawah terlihat bahwa rata-rata tren jumlah dokter di puskesmas penerima kapitasi khusus dan puskesmas kontrol yang tidak menerima kapitasi khusus meningkat dari sebelum implementasi kapitasi khusus (tahun 2014) ke setelah implementasi kapitasi khusus (tahun 2018). Dari grafik terlihat ada sedikit peningkatan jumlah dokter dari yang seharusnya sebagaimana estimasi dari kelompok kontrol.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 16. Gambaran Estimasi dampak kapitasi khusus terhadap jumlah dokter

Terlihat bahwa ada peningkatan rata-rata jumlah dokter baik di puskesmas kontrol dan puskesmas *intervensi* yang mendapatkan kapitasi khusus. Dari hasil analisis dampak yang dijelaskan pada tabel dibawah menunjukkan dampak yang tidak signifikan. Yang artinya kapitasi khusus tidak berdampak terhadap rata-rata jumlah

dokter. Dan memang kapitasi khusus tidak berhubungan langsung atau tidak berpengaruh dengan ketersediaan dan pengadaan dokter di puskesmas.

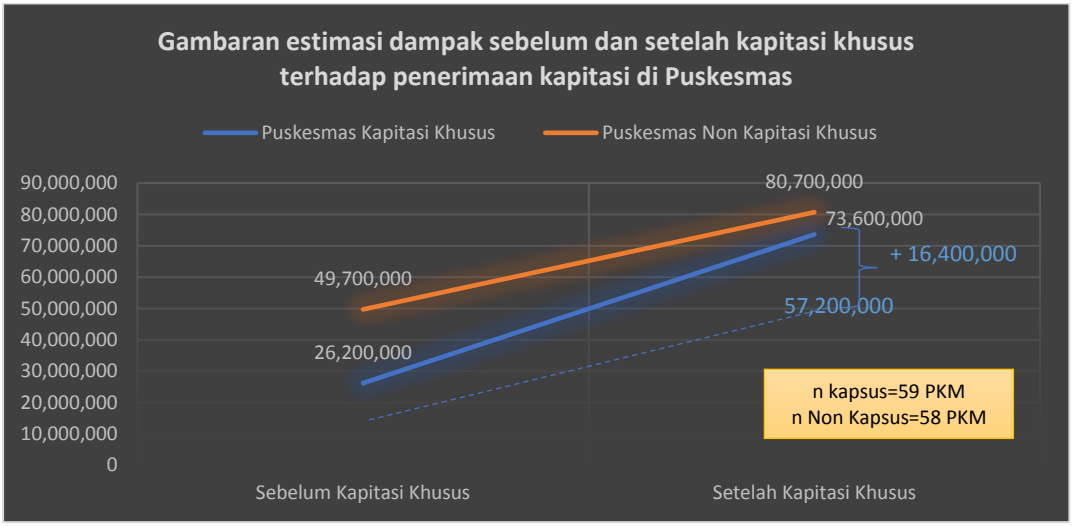
Tabel 9. Hasil Regressi dampak kapitasi khusus terhadap jumlah dokter

```
Linear regression                               Number of obs =     234
                                                F(  3,   230) =   10.16
                                                Prob > F      =  0.0000
                                                R-squared     =  0.1166
                                                Root MSE      =  .68601
```

dokter	Coef.	Robust Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
time	.0862069	.1255097	0.69	0.493	-.1610889	.3335027
kapitasi_khusus	-.5003273	.1191376	-4.20	0.000	-.7350678	-.2655868
did	.0348101	.1793468	0.19	0.846	-.3185626	.3881827
_cons	1.37931	.0809276	17.04	0.000	1.219856	1.538765

e) Dampak Kapitasi Khusus terhadap Besar Penerimaan Kapitasi

Gambar tujuh belas dibawah ini menunjukkan bahwa baik pada puskesmas kontrol dan puskesmas *treatmen* mengalami peningkatan besar penerimaan kapitasi, namun peningkatan penerimaan jauh lebih besar terjadi pada kelompok puskesmas penerima kapitasi khusus.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 17. Gambaran Estimasi dampak kapitasi khusus terhadap besar penerimaan kapitasi

Tabel hasil regresi di bawah ini menunjukkan bahwa kapitasi khusus memiliki dampak signifikan pada 10% terhadap besar penerimaan kapitasi. Dengan besar coefisien +Rp16.400.000,00 dan p-value: 0,061.

Tabel 10. Hasil Regressi dampak kapitasi khusus terhadap besar penerimaan kapitasi

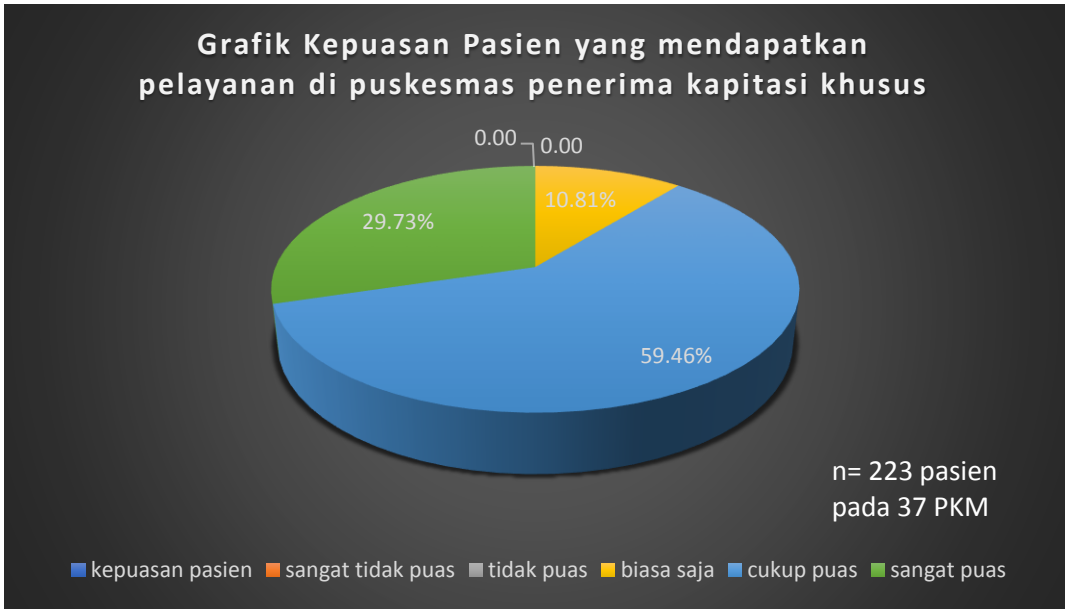
```
Linear regression                                      Number of obs =     234
                                                       F(  3,   230) =   48.92
                                                       Prob > F      =  0.0000
                                                       R-squared     =  0.2977
                                                       Root MSE      =  3.3e+07
```

mean_tot_kapi~i	Coef.	Robust Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
time	3.10e+07	6857489	4.52	0.000	1.75e+07	4.45e+07
kapitasi_khusus	-2.35e+07	4005232	-5.87	0.000	-3.14e+07	-1.56e+07
did	1.64e+07	8716900	1.88	0.061	-759022.1	3.36e+07
_cons	4.97e+07	3451392	14.40	0.000	4.29e+07	5.65e+07

8. Hasil Survei kepuasan pasien di puskesmas penerima kapitasi khusus

Jumlah sampel survei kepuasan sebanyak 223 pasien. Puskesmas yang berhasil didapatkan data kepuasan pasien (5-10 pasien per puskesmas) ada sebanyak 37 puskesmas dari seluruh puskesmas yang diobservasi (59% dari 63 puskesmas observasi). Dari 37 puskesmas ini didapatkan sampel pasien JKN-KIS sebanyak 223 pasien. Hasil *survey* kepuasan pasien di puskesmas penerima kapitasi khusus secara keseluruhan menunjukkan bahwa rata-rata pasien merasa cukup puas dengan pelayanan yang diterima di puskesmas penerima kapitasi khusus. Kepuasan ini diukur dari 5 aspek yaitu *Reliability, Responsiveness, Assurance, Empathy,* dan *Tangible* dengan rentang kategori “1” Sangat tidak puas; “2” Tidak puas; “3” Biasa Saja; “4” Cukup puas; “5” sangat puas.

Berikut grafik yang menggambarkan hasil survei kepuasan pasien berdasarkan nama puskesmas penerima kapitasi khusus. Grafik berikut menunjukkan bahwa rata-rata pasien merasa “cukup puas” terhadap pelayanan kesehatan yang didapatkan di puskesmas penerima kapitasi khusus.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

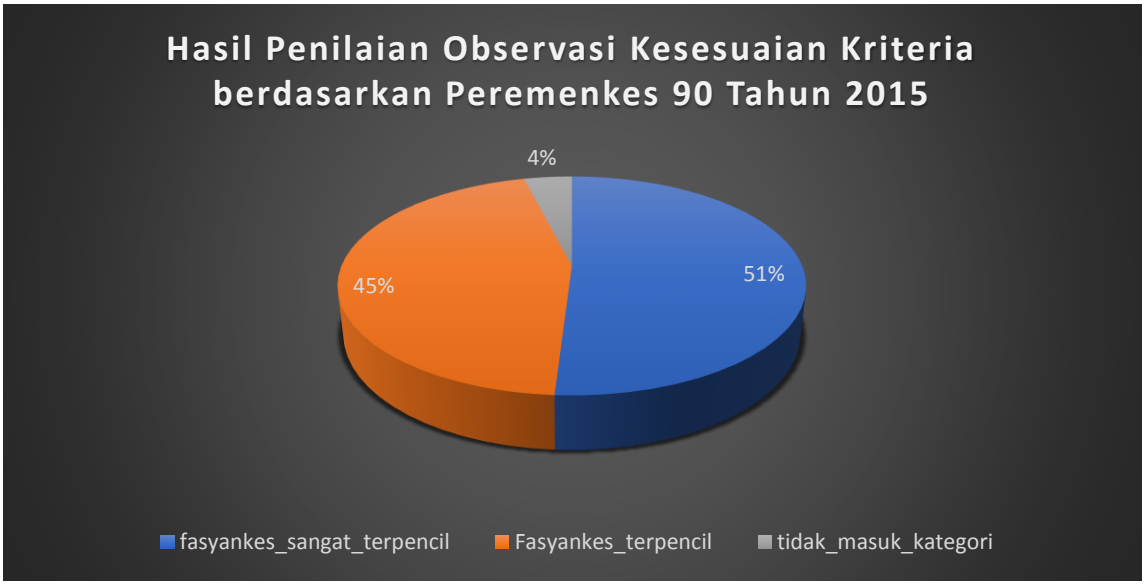
Gambar 18. Hasil survey kepuasan pasien di puskesmas penerima kapitasi khusus

Kategori Kepuasan:
1: Sangat tidak puas 2: Tidak puas 3: Biasa Saja 4: Cukup puas 5: Sangat puas

Dari grafik di atas terlihat bahwa sebagian besar pasien (59,46%) menjawab cukup puas dengan pelayanan yang diterima di puskesmas penerima kapitasi khusus. 29,73% menjawab sangat puas dan 10,81% menjawab biasa saja. Tidak ada dari responden survey kepuasan yang menjawab tidak puas atau sangat tidak puas. Hal ini menunjukkan kecenderungan yang positif pada puskesmas penerima kapitasi khusus.

9. Hasil Observasi dari 51 Puskesmas penerima kapitasi khusus yang dikunjungi ke lapangan

Dari 63 Puskesmas yang seharusnya diobservasi ke lapangan, hanya 51 Puskesmas yang berhasil didapatkan data observasi ke lapangan, hal ini dikarenakan cuaca buruk dan keterbatasan lain sehingga peneliti tidak dapat menjangkau 12 puskesmas lainnya. Hasil observasi lapangan kesesuaian puskesmas penerima kapitasi khusus (n=51 Puskesmas) menunjukkan bahwa ada 2 puskesmas dari 51 puskesmas yang diobservasi yang tidak memenuhi minimal 25% dari indikator penilaian daerah terpencil berdasarkan permenkes 90 tahun 2015. 2 puskesmas tersebut adalah puskesmas Bajo Barat dan puskesmas Noling di Palopo.



Sumber: Analisis Data Sekunder BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 19. Hasil penilaian observasi kesesuaian kriteria berdasarkan PMK 90 tahun 2015

Dari grafik di atas terlihat bahwa ada sekitar 4% puskemas yang yang tidak memenuhi minimal 25% dari indikator penilaian daerah terpencil berdasarkan permenkes 90 tahun 2015. 4% puskesmas ini hanya memenuhi kriteria: 1) Berada di daerah pedalaman, pegunungan, atau pesisir dan 2) Berada di wilayah rawan bencana alam baik gempa, tanah longsor, maupun gunung api. Dari kedua kriteria ini yang masing-masing memiliki skor satu maka hanya didapatkan skor 2 poin. Skor 2 poin ini hanya sebesar 17% dari total skor (skor tertinggi) apabila memenuhi semua kriteria yaitu 12 poin. Kedua puskesmas noling dan bajo barat ini, untuk noling jarak pusat desa terhadap fasilitas kesehatan terdekat (Posyandu/ Pustu/ Posbindu) adalah kurang dari 3 km, namun untuk bajo barat > 3 km.

B. HASIL KUALITATIF

1. Pemahaman Kapitasi Khusus di Puskesmas

Dalam penelitian masih ditemukan beberapa Puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus, namun tidak mengetahui jika peningkatan dana kapitasi karena kapitasi khusus untuk DTPK. Beberapa menyatakan bahwa peningkatan dana kapitasi karena peningkatan kinerja yang telah dilakukan atau karena adanya penambahan jumlah dokter.

> "*Saya tidak tahu daerah khusus, daerah perbatasan atau daerah terpencil. Saya tahu karena dokternya. Karena dikasih penjelasan seperti itu*" (PKM Adault, Maluku Tenggara Barat)

> *"Dengan demikian saya berjuang, saya sampaikan ke KADIS dan memberikan permohonan juga ke PEMDA, akhirnya diberikan dokter di Adaut ini sebagai dokter kontrak daerah. Jadi bukan dokter PNS atau CPNS, tapi dokter kontrak daerah. Itu saya laporkan ke BPJS, dengan demikian kita punya kapitasi naik. Naik karena ada tambahan jumlah kartu tadi dan naik nilai kapitasinya karena dokter gigi ada, dokter umum ada, makanya kita punya kapitasi itu 10 ribu. Sebelumnya 8 ribu dan sebelumnya lagi 4 ribu"(* PKM Adault, Maluku Tenggara Barat)

> "*Itu naik berdasarkan aturan juknis ya pak, jadi kalau kosong 4 ribu, kalau dokter 1 itu 8 ribu, terus kalau dokter 2 berarti 10 ribu. Tidak pengaruh apa-apa, itu pengaruh pelayannnya menurun atau tidak mempengaruhi*" (PKM Adault, Maluku Tenggara Barat)

> *Oh kapitasi khusus, kapitasi khusus nggak tahu ya.. Ada, kalau dulu lima ribu ada alasannya katanya dulu kita kan nggak ada dokter, bukan gitu ya? Katanya iya, kalau kita ada dokter kapitasinya naik sepuluh ribu katanya Iya*, (PKM Muara Sikalabuan, Mentawai)

> "*makanya dulu kami nggak ada dokter kapitasinya lima ribu, pas ada dokter sepuluh ribu, makanya sekarang kan ada dokter*" (PKM Pei-Pei, Mentawai)

Untuk puskesmas yang menyatakan tidak mengetahui jika penambahan kapitasi disebabkan kapitasi khusus, maka ditanyakan kembali untuk verifikasi ke Dinas Kesehatan dan Kantor Kota/Kabupaten BPJS Kesehatan. Kedua lembaga tersebut mengaku telah melakukan sosialisasi kepada seluruh Puskesmas penerima kapitasi khusus. Sosialisasi dilakukan dengan mengumpulkan seluruh kepala Puskesmas yang mendapatkan Kapitasi Khusus di Kantor Dinas Kesehatan. Ketika itu dihadiri oleh semua Kepala Puskesmas.

"*Kami kumpulkan semua di kantor dinas untuk sosialisasi kapitasi khusus, harusnya mereka semua sudah tahu kebijakan ini, tapi terima kasih ..ini jadi masukan untuk lebih memahamkan kapus nanti*" (Kabid Pelayananan Kesehatan Dinkes MTB)

"*Seingat kami dulu dikumpulkan semua di aula dinkes, saya menyampaikan materi terkait kapitasi khusus waktu itu*" (Kepala Kantor Kota/Kabupaten BPJS Kesehatan MTB)

Bahkan dalam sosialisasi di Kabupaten Maluku Tenggara Barat tersebut telah ditandatangani komitmen dinas kesehatan untuk memenuhi tenaga kesehatan untuk puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus.

Terbalik dengan kejadian di atas, maka sebagain besar Puskesmas yang mendapatkan kapitasi khusus mengetahui jika kenaikan dana kapitasi dikarekan adanya kebijakan kapitasi khusus.

"*dulu pernah disampaikan dinas ..karena daerah kita daerah terpencil, maka naik dari 4500 ke sepuluh ribu*.... (PKM Matan Jaya, Kayong Utara)

"*oh ya tahu...kami karena terpencil, maka mendapatkan kenaikan kapitasi , ya..layaklah kan kami jauh dari kota*...." (PKM Telaga Arum, Kayong Utara)

2. Proses Pengajuan Kapitasi Khusus

Dinas Kesehatan mendapatkan infomasi terkait kebijakan kapitasi khusus didapatkan dalam beberapa cara. Ada yang mendapatkan dari (a) sosialisasi pertemuan dari BPJS Kesehatan (b) informasi ada yang disampaikan dalam acara informal antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan (c) ada juga yang didapatkan melalui pencarian di platform google.

"Informasi kapitasi khusus itu kita dapat informasinya terlambat setahun. Informasinya dari telpon BPJS, ada PERMENKES 90 itu, katanya suruh bikin itu agar bisa naik kapitasinya 8 – 10 ribu" (Dinkes Maluku Tenggara Barat)

"Waktu kami pindah kesini sudah disampaikan dalam rapat forum dan kepala dinas nya sendiri yang menyampaikan. Karena waktu itu saya sempat rapat di Aru. Kami pergi ke pulau-pulau terluar. Tapi dalam PERMENKES kan memang harus usulan dari PEMDA, DINKES dan disahkan oleh bupati baru kita usulkan" (BPJS KC Ambon)

"*jujur saya tahu dari alumni. Saya buka google di sana ada peluang. Kita susun proposal. SK bupati menyatakan mana saja puskesmas yang kecil dan sangat terpencil. Di kayon ada 4 puskesmas yang sangat terpencil itu (*Dinkes Kayong Utara)

Untuk pengajuan, inisiatif awal selalu dimulai dari Dinas Kesehatan. Setelah informasi yang didapatkan maka Dinas Kesehatan mengajukan kepada kepala daerah untuk membuat tim yang melibatkan beberapa dinas terkait lain, seperti bagian keuangan, bagian hukum, dinas perhubungan, dinas PU, dan Dinas penberdayaan masyarakat. Keterlibatan tim di beberapa dearah beragam, sesuai dengan SK yang ditentukan oleh kepala daerah.

> *"..iya. sebenarnya kita bentuk tim dulu. tim lokal, artinya KKU, selain melibatkan dinas kesehatan, juga badan keuangan daerah dan bagian hukum di pemda itu. Nah, dair propinsi sebenarnya hanya konsultasi saja. Kita koordinasi dengan kabupaten lain agar sinkron (Dinkes Kayong Utara)*

> *" Itu memang ada tim penilai dari dinas dan sudah ditetapkan, yang tidak termasuk terpencil itu hanya 3. Karena PUSKESMAS yang lainnya di kriteria itu masih masuk diterpencil dan sangat terpencil" (Dinkes MTB)*

Setelah proses SK Kepala daerah selesai dan diajuan ke BPJS Kesehatan, maka BPJS Kesehatan melakukan verifikasi di lapangan terkait SK yang diajukan. Verifikasi ada yang dilakukan oleh Kantor Kota/Kabupaten ada juga yang dilakukan langsung oleh KC BPJS Kesehatan dengan ditemani oleh Kantor Kota/Kabupaten BPJS Kesehatan.

> *"Ada yang tidak sesuai pak. Awalnya diajukan 10 tapi 3 PUSKESMAS tidak memenuhi skoring sesuai PERMENKES. Hasil itu disepakati dengan kepala dinas dan terbitlah revisi SK bupati waktu itu. Artinya kita melihat betul tidak ini DACIL, dan enaknya waktu itu komunikasi bagus dan bersama-sama duduk melihat skoringnya dan kita bersepakat yang 7 PUSKESMAS ini terletak DACIL* (BPJS Kesehatan KC Ambon)

> *"Sudah ada rekomendasi dari tim dinkes. Artinya sudah sesuai dengan prosedur kemenkes. Kemudian kami melakukan survey, tinjauan ke lapangan. Telaah terhadap keempat puskesmas yang diajukan itu. setelah itu datang ke sini*." (BPJS Kesehatan KC Pontianak)

Setelah dilakukan verifikasi lapangan oleh BPJS Kesehatan, ada SK yang langsung diterima oleh BPJS Kesehatan karena dianggap telah sesuai dengan kondisi di lapangan , ada juga yang minta perbaikan SK setelah BPJS melakukan verifikasi di lapangan. Ada beberapa usulan yang diberikan oleh kabupaten/kota yang kemudian dihilangkan karena dianggap tidak mesuk dan sesuai dengan kriteria. Sebagai contoh, SK Bupati Maluku Tenggara Barat yang pada SK awal yang diajukan sebanyak 10 Puskesmas, akan tetapi setelah assessment bersama BPJS Kesehatan disepakati hanya 7 Puskesmas yang dianggap layak mendapatkan kapitasi khusus.

"Waktu kita bikin dan kasih ke BPJS, kayaknya BPJS komplen katanya ini tidak sesuai. Jadi kita sama-sama menghitung lagi bersama BPJS, makanya SK penetapan DACIL itu dia berubah 2 kali. Setelah bupati tanda tangan kita rubah lagi karena untuk Puskesmas Larap mereka bilang ini PUSKESMAS tidak termasuk terpencil lagi. Disana waktu itu belum seperti sekarang, ada Telkom, ada bandara, ada pertokoaan, pokoknya sudah kedua dari Samlaki" (Dinkes MTB)

"SK Pak Bupati sudah terbit misalnya di bulan April ya, itu kami harus SK Bupati dan hasil assessment yang dilakukan BPJS dengan DINKES untuk menentukan PUSKESMAS terpencil itu, itu harus dikirim lagi ke kantor cabang, kemudian kirim lagi ke Divre dan ke Pusat. Jadi kalau dari prosesnya agak panjang. (Dinkes MTB).

Waktu yang digunakan oleh Dinas Kesehatan untuk mengurus SK Kepala Daerah untuk penentukan Puskesmas yang berhak mendapatkan kapitasi khusus beragam, mulai dari 1 bulan sampai dengan 4 bulan. Lamanya waktu untuk menguruskan SK dikarenakan harus melewati birokrasi yang panjang. Selanjutnya proses di BPJS Kesehatan sejak SK Penetapan daerah diterima, verifikasi, proses pengurusan di kantor cabang, kantor kedeputian wilayah, sampai kantor pusat sehingga proses pembayaran dilakukan membutuhkan waktu sekitar 6 bulan. Sehingga waktu yang dibutuhkan untuk kapitasi khusus sekitar 10 bulan.

"jadi harus bupati tanda tangan, tapi sebelumnya masuk ke hukum, masuk ke asisten, sekda baru naik ke bupati. Proses SK itu saja memakan waktu 1 bulan di PEMDA" (Dinkes MTB)

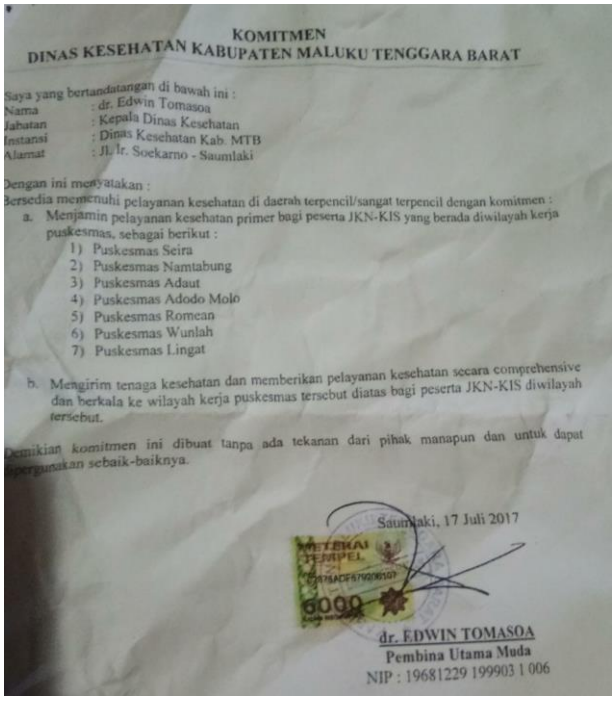
"*lalu menunggu feed back lagi sampai kemudian dari sana keluar nya di September baru ada peningkatan pembayaran. Berarti itu butuh waktu sekitar 10 bulan proses yang harus dilampaui oleh DINKES* (Dinkes MTB)

"*sekitar 4 bulanlah. Teman-teman bagian hukum itu kan, karena ini kabupaten Kayon utara, SDM nya terbatas, sehingga semua SK-SK maupun semua pembukuan menjadi satu pintu. Mereka sih kerja maksimal ya. Tapi karena banyaknya SK yang harus dikerjakan, maka sekitar 4 bulan baru jadi*" (Dinkes Kayong Utara)

"*iya. Dari mulai mengajukan sampai disetujui, mulai dari mengajukan, memerlukan proses survey lapangan, kemudian membuat telaah, kita kirimkan ke kantor pusat, sekitar 6 bulanlah. Perkiraan. Lupa ya…*" (BPJS Kesehatan KC Pontinak)

3. Belum Ada Indikator Pemenuhan Komitmen Untuk Kapitasi Khusus DPTK.

Sesuai dengan peraturan maka di daerah DTPK tidak diterapkan KBK. Sehingga ketika diberikan kapitasi khusus tidak ada indikator apapun yang yang diberikan kepada penerima kapitasi khusus. Puskemsas penerima kapitasi khusus pun menyatakan tidak ada perubahan target yang harus dilakukan untuk memperrtahankan kapitasi khsusus.



KOMITMEN
DINAS KESEHATAN KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :
Nama : dr. Edwin Tomasoa
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan
Instansi : Dinas Kesehatan Kab. MTB
Alamat : Jl. Ir. Soekarno - Saumlaki

Dengan ini menyatakan :
Bersedia memenuhi pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil dengan komitmen :
a. Menjamin pelayanan kesehatan primer bagi peserta JKN-KIS yang berada diwilayah kerja puskesmas, sebagai berikut :
1) Puskesmas Seira
2) Puskesmas Namtabung
3) Puskesmas Adaut
4) Puskesmas Adodo Molo
5) Puskesmas Romean
6) Puskesmas Wunlah
7) Puskesmas Lingat

b. Mengirim tenaga kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan secara comprehensive dan berkala ke wilayah kerja puskesmas tersebut diatas bagi peserta JKN-KIS diwilayah tersebut.

Demikian komitmen ini dibuat tanpa ada tekanan dari pihak manapun dan untuk dapat dipergunakan sebaik-baiknya.

Saumlaki, 17 Juli 2017

METERAI TEMPEL
6000

dr. EDWIN TOMASOA
Pembina Utama Muda
NIP : 19681229 199903 1 006

Ada contoh di Kabupaten Maluku Tenggara Barat, ketika BPJS Kesehatan meminta komitmen dari Dinas Kesehatan untuk melakukan pemenuhan tenaga kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatankepada peserta JKN-KIS yang komprehensif dan berkala kepada puskesmas penerima kapitasi khusus. Komitmen ini dijadikan bahan dari Kantor Kota/Kabupaten BPJS Kesehatan untuk meminta dinas kesehatan menyediakan dokter bagi Puskesmas.

Dibeberapa daerah lain, BPJS Kesehatan tidak memberikan pernyataan dan kesepakatan komitmen apapun kepada Dinas Kesehatan.

4. Hambatan Yang Dihadapi Puskesmas Dengan Kapitasi Khusus

Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi khusus yang diperuntukan untuk Puskesmas di wilayah terpencil, sangat terpencil, dan kepulauan dalam pelaksanaannya masih mengalami beberapa kendala. Kendala ini dihadapi Puskesmas dikarenakan faktor internal dan eksternal Puskesmas.

4. 1 Faktor Internal

Untuk permasalahan faktor internal adalah :

a) Input Data di P-Care.

Input data di P-Care menjadi kendala di sebagian Puskesmas penerima dana kapitasi khusus di daerah studi. Di Kabupaten Bangka Selatan, di Kabupaten Pinrang yaitu Puskesmas

Salimbongan misalnya, untuk melakukan input data ke P-Care harus melakukan perjalanan ke wilayah yang terdapat sinyal internet. Akibatnya data – data yang seharusnya di input secara *real time* tidak dapat dilakukan oleh staf Puskesmas.

> *"Iya kita P-care tidak bisa jalan. Itu harus turun ...Kendala besarnya disini jaringan dan kalau didesa itu listrik" (PKM Salimbongan, Kab. Pinrang).*

> *"..digunakan, cuma kendalanya kita tidak ada internet disini… harusnya P-Care itukan dilaporkan setiap hari. Tapi kami dikasih kebijaksanaan untuk Pongok boleh direkap maksudnya tidak hari itu dilaporkan karena kan terkendala sinyal". (PKM Pongok. Kab. Bangka Selatan)*

> *"Kalau kita diminta kunjungan ya memang kesusahan. Seperti pengisian P-care. Kalau yang belum bisa dipakai dimana itu memang tidak bisa diakses, faktor teknis sinyalnya". (PKM Kelarik Kab. Natuna)*

Input P-Care di Puskesmas menjadi penting untuk menjadi laporan perkembangan kinerja di Pukesmas. Kendala internet menjadikan input *P-Care* dilakukan di BPJS Kesehatan, bahkan harus mengeluarkan biaya input data. Selain di Puskesmas Namtabung, hal ini juga terjadi di Puskesmas Lingat dan Puskesmas Adaut di Kabupaten Maluku Tenggara.

> *"Karena kita punya tenaga belum dilatih. Makanya laporan mentahnya kita masukkan ke BPJS nanti petugas P-Care itu yang entry. Bayar 1000 sesuai kita punya kunjungan...Pertama karena tenaga belum dilatih, yang kedua tidak ada jaringan di kami." (PKM Namtabung Kab. Maluku Tenggara)*

Proses input yang tidak real time atau pada waktu juga terjadi di Puskesmas. Kunjungan yang terjadi pada hari itu tidak serta merta dapat diinput karena kesulitan jaringan internet.

> *"Persoalan kami kita disini tidak ada signal, jadi teman-teman penginput Pi-care harus turun mencari signal di Palu baru menginput. Tapi ada kebijakan dari BPJS penginputan boleh 2 minggu sekali jadi tidak tiap kunjungan. Kalau tiap ada kunjungan harus diinput, kita harus turun kesana, biaya ojek minimum 200 ribu dan pulang 200 ribu, jadi 400 ribu kalau bolak balik menginput. Honor Pi-care hanya 500 ribu 1 bulan". (PKM Pinembani Kab. Donggala)*

b) Beban Kerja Tenaga Di Puskesmas

Beban kerja tenaga kesehatan di Puskesmas semakin berat dengan tidak adanya jaringan internet di P-Care. Hal ini karena staf Puskesmas melakukan kerja 2 kali yaitu mencatat secara manual dan melakukan input ke P-Care.

"Karena pengelolanya kalau mau melaporkan Pi-care jam 2 malam atau jam 5 subuh gitu baru dia entry data". (PKM Pongok Kab. Bangka Selatan).

Terbatasnya ketenagaan di Puskesmas mempengaruhi beban kerja setiap tenaga kesehatan. Perlu upaya Pemerintah Daerah setempat untuk menambah tenaga kesehatan di Puskesmas.

"...sampai teman saya itu satu orang pegang 10 program pak. Laporan ditulis tangan". (PKM Matan Jaya Kab. Kayong Utara)

"*...kepala puskesmas disuruh membantu. Kadang mengambil jatah saya pulang rumah. Tapi orang dinas tidak mau ambil tahu*" (PKM Matan Jaya, Kab Kayong Utara)

c) Rujukan On-Line

Kebijakan baru yang diimplementasikan yaitu adanya rujukan online. Pelaksanaan rujukan online ini menemui kendala terutama bagi Puskesmas yang tidak memiliki jaringan internet atau memiliki jaringan internet tetapi tidak lancar. Hal ini bisa mempengaruhi koordinasi dan bahkan kesalahan dalam rujukan online.

"Nah kita terkendala karena jaringan internet tidak ada disini, ya tidak bisa. Jadi pasiennya keburu sudah keburu berangkat duluan kan dan kita belum melaporkan". (PKM Pongok Kab. Bangka Selatan).

d) Transportasi Tidak Ada Dan Penghitungan Biaya Ambulans

Transportasi di beberapa wilayah kerja Puskesmas sangat sulit dijangkau. Meskipun ada jalan atau akses menuju ke desa, namun untuk mencapai ke desa tersebut harus ditempuh beberapa jam atau harus memutar agar bisa mencapai desa tersebut.

"...kewilayah kerja ini desa Ulusadang kebetulan ada desa terpencilnya.....itu sampai 24 jam perjalanan kesana. Itu naik perahu dulu baru naik motor. Naik perahunya 1 jam" (PKM Salimbongan, Pinrang)

Kesulitan lain yang belum terpecahkan sampai implementasi kapitasi khusus yaitu sulitnya penghitungan biaya ambulans. Hal ini dikarenakan biaya ini ambulans ini menggunakan ambulans laut melalui sungai atau laut. Tidak ada penghitungan per mill atau per killometer biaya yang harus dibebankan dalam standar biaya di daerah. Belum adanya

regulasi terkait biaya ambulans yang melalui sungai atau laut menjadi masalah tersedi bagi Puskesmas yang memiliki wilayah kerja daerah sungai dan laut.

> *"Makanya rencana kami habis lebaran ini mau ke dinas dan dicoba-coba bisa tidak, karena lautkan tidak bisa dihitung bu karena kilometernya tidak ada. Padahal dari sini ke Toboali dihitung 60 untuk kilometer nya terus dikali 5 ribu, itu lah. Padahal lautnya tidak termasuk dihitung, dan hanya darat yang dihitung.." (PKM Tj. Labu Kab. Bangka Selatan).*

Meskipun tercukupi dari dana kapitasi khusus, namun untuk biaya transportasi rujukan pasien tidak dapat dibiayai. Yang dapat dibiayai adalah petugas Puskesmas yang mendampingi rujukan pasien.

> *"Kita dananya ada, masa gak bisa digunakan untuk transportasi. Itu aja kendala". (Pkm Sedanau Kab. Natuna)*

e) Rujukan dan Implementasi 144 Diagnosa

Implementasi 144 diagnosa di Puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil masih menemui kendala. Tidak semua Puskesmas dapat menerapkan semua diagnosa yang diwajibkan. Hal ini dikarenakan dari ketenagaan saja, Puskesmas daerah terpencil masing kurang, sarana prasarana yang harus terus dilengkapi termasuk infrastruktur.

> *"Untuk daeratan kan kepulauan, semua kasus-kasus yang tidak boleh dirujuk itu sama. Padahal mereka tidak dirujuk tapi akhirnya dirujuk karena ketiadaan sumber daya ...ang rugi juga BPJS. Karena misalnya saya berfikir bahwa kenapa BPJS mewajibkan 144 penyakit diobati di PUSKESMAS karena kalau 144 macam itu masuk di RS otomatis BPJS bangkrut...(FGD Pkm. Kab. Pangkep).*

> *"... kan ada peraturan dari BPJS tentang 144 jenis penyakit yang spesialistik itu kami juga harus belajar menangani itu mbak" (PKM Napal Putih Kab. Bengkulu Utara)*

Dana non kapitasi JKN terkait rujukan masih terkendala pada proses pencairan. Mekanisme kalim dana non kapitasi baik sebelum dan sesudah ada dana kapitasi khusus menunjukkan masih ada hambatan pelaksanaan di Puskesmas.

> *"Cuma yang kendalanya di JKN masalah apa ini, yang rujukan non kapitasi ini loh Pak, yang kunjungan kayak kami rujuk pasien, kayak ranap, itu belum ada kami klaimkan.. Gak pernah dinaikan impress PJnya, karena dia harus masuk ke BPJS, nanti BPJSnya setornya bukan ke rekening PUSKESMAS, ke kas daerah*

Pak. Jadi bikin dulu DPAnya, bikin semuanya, baru bisa dicairkan" (Pkm Pei Pei Pasakiat Taileleu Kab. Kep. Mentawai)

Selain itu, dana JKN tidak dapat digunakan untuk merujuk. Rujukan dari daerah terpencil membutuhkan dana yang besar untuk sekali merujuk pasien.

"Kalau dari APBD dibilang cukup kurang pak, karena daerah kami ini banyak yang sulit pak, misalnya kami mau merujuk pasien ke padang, tidak ada kami dana-dana rujukan. Karena JKN itu tidak bisa kan?... tapi dananya masuk ke APBD jadi nanti kami ajukan anggaran lagi baru masuklah dana yang dirujuk tadi ke kas Puskesmas." (Pkm Muara Siberut Kab. Kep Mentawai).

f) Pemanfaaan Dana Kapitasi Khusus

Puskesmas memanfaatkan dana kapitasi khusus berdasarkan peraturan Kepala daerah terkait penggunaan dana kapitasi. Hampir semua peraturan kepala daerah yang dikunjungi menggunakan dasar Permenkes 21 dalam membagi dana kapitasi. Rata-rata menggunakan 60% untuk Jasa Pelayananan dan 40% untuk biaya operasional.

Pemanfaatan dana kapitasi khusus di Puskesmas tidak semuanya dapat maksimal. Bagi perencanaan Puskesmas yang masih mengikuti mekanisme DPA dinas kesehatan, tidak semua dana operasional dari dana kapitasi dapat terserap. Contoh dana operasional untuk pembelian obat dan alkes masih terkendala pada aturan Gubernur atau aturan Bupati/ Walikota.

"...dana itu bisa digunakan kan kita tidak repot lagi. Kalau butuh ALKES bisa pakai atau obat-obatan kosong bisa dipakai. Tapi masih terbentur peraturan guberur dan kebijakan sih.,..terakhir sih kemarin dengar katanya PERGUB nya sudah ada tinggal ke peraturan daerahnya saja..seperti kemarin obat-obatan saya ada ngomong, dok bukannya saya tidak mau beli kalau untuk ALKES dan obat tapi prosedurnya itu agak ribet". (PKM Pongok Kab. Bangka Selatan)

"..Cuma kan obat kayak di dinas kan kami terbatas Pak, dapat obat ini harus nurut langsung dibeli, maunya istilahnya kasihlah apa PUSKESMAS anggaran obat tersendiri" (PKM Pei Pei Pasakiat Taileleu Kab Kep. Mentawai)

"Ternyata ada pertemuan di dinas dsb, itu kita gunakan dananya. Karena kita mau menggunakan ini, kita belum ada PERBUP nya yang lebih detil, maka kita gunakan PERMENKES 72 kalau tidak salah". (PKM Tj. Labu. Kab. Bangka Selatan)

Pemanfaatan dana operasional masih terhambat oleh regulasi di daerah. Regulasi dari Kementerian Kesehatan tidak serta merta dapat dilaksanakan di daerah. Sehingga diperlukan terobosan atau strategi melalu regulasi agar dana operasional dari JKN dapat diserap optimal oleh Puskesmas.

"Penyerapannya sama saja, kadang-kadang ada keterlambatan penyerapannya. Misalnya disitukan dana untuk belanja obatnya berapa kali direncanakan tapi sampai sekarang belum terlaksana juga". (pkm Afulu Kab. Nias Utara)

"Jadi misalnya puskesmas telah diberikan dana lebih, tapi aturan pemanfaatannya masih terkendala. Kemudian uang ada tapi pengadaan obat sulit". (FGD Pkm Kab. Tana Toraja)

Gambar 20. Contoh Pemanfaatan Dana Kapitasi Khusus

2.2 Faktor Eksternal

Adapun faktor eksternal yang mempengarunhi kapitasi khusus adalah :

a) Jaringan Internet

Jaringan internet menjadi kebutuhan utama dalam menjalankan aplikasi P-Care dari BPJS Kesehatan dan aplikasi lain yang terkait dengan sistem informasi manajemen Puskesmas. Tidak hanya internet, jaringan komunikasi yang menjadi dasar adanya internet juga masih ada kendala dilapangan.

"Jaringan ini memang sulit, jaringan itu supaya komunikasi lancar" (PKM Salimbongan, Kab. Pinrang)

"Iya, dan itulah kendala kami diPUSKESMAS. Apalagi di DTPK kan tidak ada jaringan. Jadi untuk mengkroscek apakah peserta ini aktif membayar atau tidak itu yang jadi masalah. Kadang kami klaim-klaim tapi ketika di cek ternyata dia sudah menunggak beberapa bulan". (FGD PKM, Kab. Pangkep)

Jaringan internet sangat dibutuhkan untuk input ke P-Care. Daerah yang tidak mempunya jaringan kuat tidak akan bisa melakukan input P-Care.

"kita tidak pernah membuat laporan. Sudah tahu BPJS sini. Karena kita dan pelapis tidak punya sinyal. Sangat sulit. Jadi tidak pernah membuat P Care".(Pkm Matan Jaya Kab. Kayong Utara).

Sinyal internet menjadi kebutuhan pokok bagi Puskesmas untuk melakukan input data ke P-Care. Sinyal hanya tersedia di tempat –tempat tertentu yang biasanya jauh dari Puskesmas.

"Kalau kami tidak ada waktu untuk menginput karena harus kekota untuk menginput. Di kondodewata tidak ada sinyal". (FGD PKM Kab. Tana Toraja)

b) Regulasi Pemanfaatan Dana Kapitasi Khusus

Regulasi dari Pemerintah Daerah yang masih sama dengan aturan Kementerian Kesehatan dibeberapa bagian masih memberikan permasalahan bagi Puskesmas untuk menggunakan dana kapitasi khusus. Belum detailnya regulasi daerah terkait pemanfaatan dana kapitasi khusus ini menyebabkan Puskesmas masih belum optimal menyerap dana kapitasi khusus. Laporan dana penggunaan kapitasi khusus juga memperlihatkan bahwa dana kapitasi khusus masih ada sisa penggunaan pada akhir tahun. Kemampuan penyerapan dana tidak hanya ketersediaan SDM di Puskesmas, melainkan regulasi yang mendukung penggunaan dana kapitasi khusus.

"Tapi kita ada kendala penarikan dana jadi tidak bisa 100% realisasinya. Untuk operasional 100% juga belum bisa kita maksimalkan karena peraturannya belum kita ketahui seluruhnya. Kemudian 20% untuk BHP dan obat itu sampai sekarang belumbisa kita realisasikan... dalam PERMENKES 21 itu. Kebetulan kita di PUSKESMAS itu tidak pernah langsung ikut sosialisasi dari pusat tentang pemanfaatan itu". (PKM Alasa Kab. Nias Utara)

Selain regulasi atau prosedur untuk penyerapan dana kapitasi khusus, pendampingan atau pelatihan bagi tenaga kesehatan terkait regulasi atau prosedur pemanfaatan dana perlu dilakukan.

"Kendalanya karena ada prosedur, seyogyanya itu ada dari Puskesmas yang mengikuti BIMTEK untuk pengelolaan jasa ataupun alkes tapi itu belum, sehingga dana itu belum bisa kita pakai karena kita mengikuti Juknis yang ada". (PKM Namohalu Esiwa Kab. Nias Utara).

"Kendalanya disini untuk operasional kan ada bagian obat, BHP dan ALKES. Sekarang kita tidak bisa mempergunakan dana itu. Kenapa? Karena kita dibatasi dengan aturan". (PKM Tugala Oyo Kab. Nias Utara)

c) Ketidakpemahaman Pemda Tentang Kapitasi Khusus

Wakil responden dari Pemerintah Daerah dalam hal ini Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) tidak banyak mengetahui adanya dana kapitasi khusus.

"Saya kurang tahu persis komponen pembiayaannya itu, apakah masuk distruktur APBD kita mungkin dari post pendapatan lain-lain yang sah. Tapi sepertinya saya pernah dengar pada saat pembahasan di tim anggaran itu masuk di post itu..." (Bappeda Kab. Pangkep).

Ketidak pemahaman dana kapitasi khusus di daerahnya menunjukkan sosialisasi dana kapitasi khusus belum berjalan optimal. Sehingga pengawasan atas pemanfaatan dana kapitasi khusus ada di dinas kesehatan. Dampak adanya dana kapitasi khusus bagi Pemda tidak dapat disebutkan secara rinci oleh dinas kesehatan.

"Iya ada dampak kesitu, saya kira ya adalah kan itu semua yang masuk juga merupakan PAD dari PEMDA. Tinggal mereka laporkan kembali pendapatannya...." (Dinkes Kab. Pangkep).

d) Pengelolaan dan Pencairan Dana Kapitasi Khusus

Puskesmas yang belum melaksanakan pengelolaan keuangan secara BLUD, perencanaan dan pencairan dana masih tergantung pada mekanisme keuangan di dinas kesehatan. Meskipun perencanaan dari Puskesmas, namun perencanaan tersebut akan menjadi satu dengan perencanaan di dinas kesehatan. Sehingga proses pencairan dana kapitasi khusus juga kan melalui mekanisme di dinas kesehatan. Meskipun tidak banyak kesulitan, namun kewajiban proses birokrasi juga membutuhkan pengetahuan yang cukup bagi Puskesmas untuk mengelola dana kapitasi khusus yang menjadi satu dengan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dinas kesehatan.

"Sebetulnya kalau untuk mekanisme pencairan itu memang kan tergantung dinas kab/kota itu bagaimana memudahkan ataupun menertibkan. Karena disana sini memang ada beberapa hal yang mesti ditertibkan karena mungkin berkaitan dengan cara atau teknik realisasi masing-masing FKTP.." (PKM Liukang Tupabbiring).

"Nah memang selama beberapa tahun terakhir ini realisasinya, dari laporan keuangan yang kami dapatkan bahwa beberapa tahun terakhir ini DPA nya lambat dibuat. Realisasi juga agak berbeda dengan hitung-hitungan PAGU yang ditetapkan sehingga bersisa setiap tahun.."(Bappeda Kab. Bangka Selatan).

Tidak hanya maslah pada saat pencairan tapi pengelolaan dana kapitasi khusus juga menemui kendala karena keterbatasan sumber daya manusia di bidang adminsitrasi keuangan.

"Paling kendala mengenai SDM aja mbak. Kami kan basicnya perawat ya, bukan hal khusus menangani administrasi keuangan itu". (PKM Napal Putih Kab. Bengkulu Utara)

Pengelolaan dana kapitasi khusus tahun 2018 yang diperuntukkan untuk dana operasional puskesmas ada rencana dikelola oleh dinas kesehatan. Tujuan nya untuk mempermudah pengelolaan di dokumen perencanaan dan anggaran dinas kesehatan. Namun hal ini tidak jadi dilakukan karena alasan beban kerja di dinas kesehatan yang akan bertambah.

"...iya memang sebenarnya. Tapi setelah dilihat karena Dinas Kesehatan itu kan dilihat sudah dikelola sebenarnya ada kendala. Kan mereka juga sibuk disana. Ternyata tidak efektif maunya. Tersendat maunya..." (PKM Mapadegat Kab. Kep Mentawai)

Proses pencairan dana kapitasi yang masih melalui mekenisme DPA Dinas Kesehatan mempunyai ketergantungan pada birokrasi pencairan dana di dinas kesehatan. Namun, ada pula dana kapitashi khusus yang harus masuk ke kas daerah terlebih dahulu.

"Kalau jauh-jauh sebelumnya kan langsung masuk ke rekening Puskesmas dan 2016-2017 ya itu langsung ke rekening Puskesmas. 2017-2018 itu langsung ke kas daerah". (PKM Balukang Kab. Donggala)

Pencairan dana kapitasi yang masuk di rekening Puskesamas menemui kendala yaitu pencairan dana di bank terdekat. Letak bank yang jauh atau bahkan tidak ada di daerah tersebut menyebabkan pencairan dana memerlukan waktu.

"Karena kebetulan Pinembani tidak ada bank yang dekat, biasanya kita harus ke daerah Palu untuk pencairan dana. Jadi kenalanya hanya jarak saja". (PKM Pinembani Kab. Donggala).

Tidak hanya itu, kendala pengelolaan dana kapitasi khusus juga karena tidak adanya aliran listrik yang memadai. Akibatnya pertanggungjawaban masih belum optimal.

"Jadi pertanggungjawaban sebelum dan sesuai sama saja kendalanya, cuma disini kendalanya untuk pertanggungjawaban kan itu sistemnya komputer, Kita tidak ada listrik disini. Kita menggunakan genset. Nah di JKN tidak diperkenankan untuk pembelian BBM Genset, karena sempat ada temuan kita soal pembelian BBM Genset dan sempat kita kembalikan itu." (PKM Pinembani Kab. Donggala)

Kendala pada proses pertanggungjawaban atau SPJ juga menyebabkan dana kapitasi khusus tidak dapat dicairkan dengan lancar. Hal ini juga menyebabkan tertundanya pemanfaatan dana operasional Puskesmas.

"Gambaran pencairan itu seyogyanya triwulan, jadi ada sedikit terkendala SPJ sehingga sampai 2018 ini belum ada pencairan". (Pkm Namohalu Kb. Nias Utara.

e) Besaran Dana Kapitasi Yang Sama Antara Daerah Terpencil Dan Sangat Terpencil

Besaran dana kapitasi khusus masih sama antar daerah. Belum ada kriteria yang lebih dikhususkan untuk membedakan besaran dana kapitasi khusus antar daerah.

"Nah ini saya lihat disamakan dengan yang terpencil dengan yang sangat terpencil. Karena terus terang kita bisa katakan bahwa untuk mencapai Sailus saya harus naik pesawat dulu ke Lombok, sementara ada juga yang bisa kita menjangkau selama 1 jam tapi itukan sama kapitasinya.." (Dinkes Kab. Pangkep)

"..masalah kapitasi tadi, dari 4 ribu itu kan banyak perbandingannya dengan yang sekarang. Ini sebenarnya yang 10 ribu kan baru tahun ini, kalau tahun lalu kita kan baru 8 ribu. Lalu keluar lagi kebijakan kalau Tanjung Labu disamakan dengan Pongok karena sama-sama terpencil" (Pkm. Tj. Labu Kab. Bangka Selatan)

Besaran dana yang sama antar daerah mempengaruhi pemanfaatan dana tersebut di Puskesmas. Biaya transportasi di daerah yang terpencil sangat besar. Wilayah kerja yang tepencil juga mempengaruhi besaran dana yang digunakan untuk menjangkau daerah tersebut.

"Cuma memang harus dibedakan antara yang sangat terpencil dengan yang terpencil dari segi besaran dana. Karena sekarang ini BPJS hanya melihat daerah DTPK itu melihat dokternya saja..." (PKM Liukang Tangaya Kab. Pangkep)

"Dusun Kelapa itu jarak tempuhnya kalau dari sini kurang lebih 1 jam, Dusun Pulau Panjang, Pulau Tinggi itu jaraknya rata-rata sejam. Jadi kadang-kadang kapitasi yang didapatkan dibandingkan biaya yang dikeluarkan itu agak keteteran". (PKM. Tj. Labu Kab. Bangka Selatan).

Besaran dana hanya dilihat dari jumlah tenaga dokter dan dokter gigi yang ada di Puskesmas. Namun belum memperhitungkan jarak wilayah kerjanya. Biaya trasnportasi yang tinggi bisa menjadi salah satu indikator penentuan besaran dana kapitasi.

"Kalau menurut saya yang 10 ribu itu kalau direvisi ya lebih bagus. Tapi kalau tidak direvisi, dari PEMDA jangan disamakan 60% 40% untuk JASPEL. Jadi untuk kepulauan itu kita bedakan JASPELnya misal jadi 75% dan 25%. Kita tambahi lebih dari 10 ribu tidak masalah, kalau pun tidak bisa JASPELnya jangan sama, jadi dibedakan 75% dan 25%. Karena kayak di Belitung juga seperti itu" (PKM Tj. Labu Kab. Bangka Selatan)

f) Pengadaan Obat – Obatan dan Kondisi Alat Kesehatan

Bagi daerah terpencil, harga obat-obatan lebih tinggi dari harga di dekat produksi obat. Meskipun menggunakan e-katalog dan sesuai formularium dari Kementerian Kesehatan, pengadaan obat di daerah terpencil masih menemui kendala.

"Posisi kita di Natuna itu rata-rata pasti di atas HET, bisa 2-3x. itu yang masih kendala bagi kami. Di samping itu sampai sekarang, kan kita menggunakan jejaring untuk lab ataupun apotik, karena hampir semuanya menolak karena masalah di harga tadi.." (PKM Kelarik. Kab. Natuna)

Selain itu pemeliharaan alat – alat kesehatan juga mengalami kendala. Selain penyediaan dana, pemeliharaan alat – alat kesehatan membutuhkan suku cadang dan tenaga ahli untuk pemeliharaan.

"Ini banyak alat yang sebetulnya rusaknya sepele, seperti...kita rusak di filternya, udah rusak udah hancur itu kan gak bisa dipakai. Ganti filter sebenarnya bisa cuma gak ada". (PKM Kelarik. Kab. Natuna)

Pemanfaatan dana kapitasi khusus untuk pembelian obat masih menemui kendala. Hal ini karena Puskesmas belum menjadi Kuasa Pengguna Anggaran (KPA).

"...karena ada juga kendala di PUSKESMAS soal keterbatasan obat, maka ada baiknya dana yang 20% itu dimana kurang dari 5 juta itu bisa PUSKESMAS belanjakan. Tapi sekarang ini belum ada". (Pkm Namohalu Esiwa Kab. Nias Utara).

***Catatan:**

Daerah/ Puskesmas yang tidak ada hambatan dalam implementasi Kapitasi Khusus

1) Puskesmas Tj Harapan Kab. Bengkulu Utara
2) Puskesmas Malei Ka. Donggala
3) Puskesmas Tonggolobibi Kab. Donggala
4) Puskesmas Lalundu Kab. Donggala
5) Puskesmas Mapedegat Kab. Kepulauan Mentawai
6) Puskesmas Long Bia Kab. Bulungan
7) Puskesmas Bajo Barat Kab. Luwu
8) Puskesmas Bastem Kab. Luwu
9) Puskesmas Latimojong Kab. Luwu
10) Puskesmas Limbong Kab. Luwu Utara
11) Puskesmas Noling Kab. Luwu
12) Puskesmas Suli Barat Kab. Luwu

3. Dampak Kebijakan Kapitasi Khusus Terhadap Minat Pemerintah Daerah Menetapkan Daerah di Wilayah Kerjanya Sebagai Daerah Terpencil dan Kepulauan

Hasil observasi puskesmas di daerah studi menunjukkan sebagian Pemda yang telah mendapatkan keputusan daerah terpencil dan sangat terpencil melalui dinas kesehatan berminat menjadi daerah penerima kapitasi khusus. Minat ini muncul setelah mengetahui dengan mencari informasi dasar hukum menjadi daerah penerima kapitasi khusus. Munculnya Permenkes 90 tahun 2015 dan Permenkes 52 tahun 2016 mendorong Pemda atau Dinas Kesehatan mengupayakan daerahnya dapat menerima kapitasi khusus dengan kriteria sesuai regulasi tersebut. Tetapi, beberapa Dinas Kesehatan yang berminat sepertinya tidak aktif untuk mengurus ke BPJS Kesehatan untuk mendapatkan kapitasi khusus. Menurut BPJS Kesehatan, sosialisasi terkait kaitasi khusus ini telah dilakukan bersama dengan Dinas Kesehatan. Seperti contoh, Kabupaten Singkawang mengajukan daerah Jarkomdat saja, tidak mengajukan kapitasi khusus.

> *"setahu saya sih belum pada pengajuan, walaupun mereka ada. Kalau Singkawang itu sebenarnya ada. Seingat saya, dinas kesehatan singkawang itu mengajukan daerah tanpa jarkom saja pak. Tapi bukan daerah terpencil. Daerah tanpa jarkomdar. Itu ada di Singkawang, dinasnya mengajukan. Itu tanpa KBK pak. (BPJS Kesehatan KC Pontianak)*

Ada juga daerah yang berminat untuk mengajukan mendapatkan kapitasi khusus, tapi belum diterima karena kelengkapan yang tidak dipenuhi. Seperti contoh, Kabupaten Kubu Raya. Pada tahun 2017 mengajukan daerahnya untuk mendapatkan kapitasi khusus, tetapi ketika pengajuan tidak berdasarkan kepada Permenkes No 90 tahun 2016. Sehingga ketika mengajukan ditolak dan diminta untuk perbaikan. Akan tetapi, setelah hampir setahun tidak ada perbaikan dan pengajuan ulang. Menurut pengetahuan dari BPJS KC Pontianak, puskesmas yang akan diajukan termasuk layak mendapatkan kapitasi khusus, bahkan lebih layak jika dibandingkan beberapa Puskesmas di kayong Utara yang telah mendapatkan kapitasi khusus.

> "*Daerah Kubu Raya itu yang masuk ke daerah kayong itu ada daerah terpencilnya. Dia sudah diundang dinas kesehatan. Tapi tiba-tiba tidak datang, ada halangan. Wilayah airnya lebih banyak. Mereka sudah mengajukan ke kami untuk daerah terpencil itu. tapi 60. Belum Permenkes 90. Jadi belum sesuai. kami sih minta itu diperbaiki saja. Karena tidak sesuai PP. Sudah hampir setahun. Masuknya dulu, hampir bareng dengan kayong utara. Kuburaya itu tidak diperbaiki lagi pengajuannya. Kalau terpencil sih, terpencil. Jalurnya itu cuma satu itu. tidak bisa masuk lainnya. Tapi belum sesuai pengajuannya*" (BPJS Kesehatan, KC Pontianak)

Berbeda lagi dengan daerah yang tidak mempunyai minat untuk menerima daerah khuusus. Hasil observasi di lapangan menunjukkan bahwa Pemda yang tidak berminat dikarenakan karena birokrasi pengurusan syarat daerah penerima kapitasi khsusus berat dan rumit. Sehingga Pemda atau daerah ini tidak berminat untuk menerima dana kapitasi khusus.

> *"…Mereka bilang, wilayah kami sudah diakui daerah terpencil oleh kementrian pedesaan. Desanya masuk ke wilayah desa terpencil. Seperti itu. Apa malas juga dengan birokrasi yang muncul"* (KC Pontianak)

Hal senada juga disampaikan oleh Kementerian Kesehatan yang menyatakan mendapatkan beberapa laporan dari daerah yang menyataan kesulitan untuk mengajukan kapitasi khusus ke BPJS Kesehatan.

> *"..ada beberapa daerah yang lapor ke Kmenterian Kesehatan yang menyatakan sulit secara birokrasi di BPJS Kesehatan untuk mengajukan mendapatkan kapitasi khusus di daerahnya"* (Kmenterian Kesehatan)

Adapun dampak kapitasi khusus terhadap aspek non financial menimbulkan transparansi diantara staf puskesmas dalam pengelolaan keuangan. Sekarang staf Puskesmas merasa budaya kerja lebih terbuka karena sistem penilaian dapat dilihat oleh semua staf yang

bekerja. Sistem penilaian ini diadopsi dari penilaian kinerja dari pembagian dana kapitasi. Sebagaimana dalam pernyataan berikut :

> "*Dampak terpenting yang pertama mereka bersemangat. Semangat ini muncul karena ada transparansi dan didorong terus adanya transparansi. Karena saya mengalami bahwa kalau tidak ada transparansi dan mulai terjadi ribut diantara system di management dengan manager PUSKESMAS itu akan menimbulkan masalah terhadap pelayanan itu sendiri*. (Kadinkes Maluku Tenggara Barat)

> "*Kami sekarang lebih terbuka, dan tahu nialai kami masing-masing, jadi kalau sering ga masuk yah…dapat kaptasi juga kecil* (PKM Nambtabung)

Kapitasi khusus juga menimbulkan dampak staf puskesmas lebih bersemangat dalam kerja. Etos kerja meningkat . Misalnya, sebelum kapitasi khusus ada staf yang jarang masuk tetapi dengan penambahan kapitasi khusus sangat jarang ada yang absen. Semua staf puskesmas sudah berhitung jika absen, maka akan kehilangan penamabahan penghasilan dari dana kapitasi.

> "*Semenjak dapat kapitasi khusus, penerimaan jaspel untuk teman-teman di PUSKESMAS itu otomatis meningkat, jadi semangat kerja dan etos kerja makin meningkat, pada semangat untuk absen kehadiran*" (PKM Long Bang)

> *"Dampak positifnya otomatis PAD meningkat, dan kesejahteraan teman-teman di PUSKESMAS itu pasti meningkat. Untuk dampak negative sampai sekarang belum kami temukan.*(Long Bang)

Kapitasi khusus juga mengakibatkan program-program kesehatan di DTPK lebih terungkit. Hal ini dikarenakan bertambahnya semangat dan kedisiplinan dari staf Puskesmas untuk memberikan pelayanan di wilayahnya.

> *"Kedua, kapitasi juga mengungkit program-program yang ada disana. Saya berani jamin di persentasi kemarin, Puskesmas Adaut itu dia masuk kedalam 100%, dan itu sebuah kebanggaan. Betul memang itu setidaknya diatas kertas kita bicara. Dan kita dapat hasilnya. Saya harus membuat pembukitan, saya harus datang kesana, datang ke pemukiman-pemukiman di Kebun dan perlu juga datang dengan teman-teman di kota Adaut sendiri untuk memastikan sampai sejauh mana itu benar. Karena yang kita rasakan dampak dimasyarakat dengan mengurangi sedikit keluhan dan mendengar bahwa mereka memberikan apresiasi saya puas, saya suka, saya senang* (Kadinkes Maluku Tenggara Barat)

> "*Menguntungkan ya. Karena sangat membantu untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama PUSKESMAS, baik dari pendapatan, dari PUSKESMAS itu sendiri dan lain-lainnya*" (Bupati Bulungan)

Kapitasi khusus berhasil menimbulkan meningkatkan kunjungan pasien ke Puskesmas. Beberapa Puskesmas mengaku jika sebelum kapitasi khusus pasien tidak banyak, setelah penerapan kapitasi khsusu maka jumlah pasien meningkat. Hal ini antara lain disebabkan dengan adanya dokter yang jaga, kehadiran tenaga kesehatan sejak pagi, maupun kepercayaan karena alat-alat kesehatan yang bertambah.

> "*Dulu kunjungan hanya 5 samai 8 orang per hari, sekrang sampai 30 kadang 40 orang per hari, jadi lumayan sibuk sekarang di Puskesmas* (PKM Linggat)
>
> "*Karena sudah ada dokter sekarang, terus tiba-tiba pasien naik jauh..mereka lebih percaya dengan dokter, sekrang sehari bisa 30 an orang, jauhlah sebelum tanpa kapitasi khusus*" (PKM Adault)
>
> *"Sebelum ada kapitasi khusus itu peningkatan pelayanan sangat minim sekali, biasanya pasien kita 1 hari hanya 10 sampai 15 sekarang sudah meningkat sampai 40-50"* (PKM Malaei, Donggala)

Dana kapitasi khusus juga menimbulkan kamampuan Puskesmas dalam membeli alat kesehatan, obat-obatan, BMHP, biaya perawatan Puskesmas, maupun biaya pelayanan luar gedung untuk meningkatkan mutu pelayanan ke Puskesmas. Sebagaimana terdapat dalam kutipan dibawah ini :

> *"Pelayanan diluar gendung itu jadi meningkat, karena biaya operasional yang dibebankan itu juga meningkat. Seperti biaya transportasi kendaraan PUSLING dan insfrastruktur yang bisa diadakan PUSKESMAS dari dana kapitasi khusus. Sampai dengan indicator dari tahun sebelumnya ke tahun sekarang ini makin meningkat*. (Long Bang)
>
> "*Untuk 30% nya untuk tahun ini kita bisa pengadaan modal, kaya printer, bisa dari dana JKN. Dispenser itu memang dari dana JKN. Jadi pas ada dana kapitasi khusus ini kita lebih mengarahkan juga ke belanja modal. Pas akhir tahun 2017 itu banyak kita beli modal, freezer, kipas angin, kalau untuk kunjungan rumah tetap berjalan. Jadi lebih nambah ke modal*" (PKM Sedanau)
>
> "*Kemudian memenuhi kebutuhan ambulance yang sebelumnya itu mogok kita harus menunggu dana dari APBD, dengan kapitasi khusus ini bisa kita anggarkan untuk pemeliharaan ambulance sehingga bisa bermanfaat bagi masyarakat* (PKM Long Bia)
>
> "*Dari sisi sarana dan prasarana bisa ditingkatkan ini ada AC, Desktop, ini dari JKN semuanya, dulu belum ada ini, tidak bisa dibeli. Banyak sekali manfaatnya dan banyak kegiatan-kegiatan,seperti kunjungan, termasuk penyuluhan-penyuluhan, pelatihan-pelatihan, kan dulu tidak terlalu karena tidak ada dananya yang bisa dipakai, lebih efektif lah.* (PKM Suli Barat)

4. Usulan Kebijakan Atas Penetapan Daerah Tertentu Seperti Daerah Terpencil Dan Kepulauan, DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan Dan Kepulauan), Terpencil dan Sangat Terpencil Dan DBTFMS (Daerah Belum Tersedia Faskes Memenuhi Syarat)

Di daerah Saumlaki (Maluku) Penetapan daerah faskes di daerah terpencil yang menerima kapitasi khusus melibatkan tim yang terdiri bappeda, PU, dinkes dan Dinas perhubungan serta Dinas sosial. Hasilnya diusulkan ke bupati, dan kemudian diterbitkan SK. BPJS daerah akan melakukan verifikasi terhadap faskes yang mendapat SK tersebut, hasilnya ada yang diterima dan ditolak . Jika hasilnya di tolak maka akan diberikan dilakukan masukan dan revisi SK Bupati. Di kabupaten Pingrang, BPJS diajak oleh tim kabupaten turun ke lapangan melihat kondisi faskes di daerah terpencil , namun tidak terlibat verifikasi data. Walaupun hasilnya ada 1 fasyankes yang ditolak untuk ditetapkan sebagai fasyankes daerah sulit. tim daerah

Namun di daerah Tana Toraja , BPJS daerah hanya menerima kebijakan penetapan faskes yang berhak menerima kapitasi khusus berdasar SK bupati, dan tinggal membayarkan sesuai kebijakan kapitasi khusus. Hal ini karena keputusan bupati tidak bisa diubah

Dari beberapa observasi di lapangan menunjukkan ada beberapa Faskes yang sebenarnya kurang memenuhi syarat sebgaai penerima kapitasi khusus, contohnya puskesmas di Kepualauan Selayar dan Kabupaten Pangkep karena berdekatan dengan perkotaan dan bandara sehingga akses mudah. Namun memang ada sedikit wilayahnya mencakup daerah kepulauan yang sulit dijangkau. Di daerah Puskesmas Mapadegat (di Kepulauan Mentawai) juga terdapat Puskesmas di ibukota kabupaten yang mudah diakses oleh masyarakat sekitar, tetapi ada satu desa yang sulit dijangkau yang menjadi wilayah kerja Puskesmas tersebut.

Contoh lain di Puskesmas Telaga Arum, di Kabupaten Kayong Utara, kondisi pada tahun lalu sulit dijangkau tetapi saat ini sudah bagus jalannya sehingga akses ke puskesmas mudah. Hal ini menunjukkan perlunya evaluasi penetapan faskes dengan kapitasi khusus dilakukan setiap tahun.

5. Alternatif Sistem Pembiayaan Daerah Terpencil secara finansial dan non finansial

Sistem pembayaran dengan kapitasi khusus merupakan salah satu metoda dalam sistem pembayaran bagi fasilitas kesehatan dengan layanan kesehatan dasar. Kapitasi khusus ini merupakan salah satu inovasi BPJS Kesehatan untuk membayar layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) di daerah terpencil dan kepulauan.

Hal ini merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nmor 52 Tahun 2016 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015. Faktor yang menjadi penentu besaran dana menjadi indikator – indikator yang harus dibahas oleh lintas sektor. Hal ini terkait dengan standar biaya yang mempengaruhi harga atau nilai di daerah. Dana kapitasi khusus tidak serta merta menjadi model pembiayaan daerah terpencil. Beberapa model pembiayaan terpencil yang berhasil dihimpun yaitu:

a) Global Budget atau Kapitasi Total.

Salah satu model pembayaran yang muncul di daerah adanya harapan penggunaan global budget. Pengelolaan mandiri atas dana yang disediakan berdasarkan karena proses atau mekanisme pengelolaan keuangan yang tidak fleksibel atau mengalami kesulitan – kesulitan dalam pelaksanaannya.

> *"Di kepulauan. Maksudnya begini, supaya kami dari PUSKESMAS Sailus ini kan kalau proses pengadaan medisnya, misalnya PEMDA kesulitan, kami bisa keluar daerah dan bisa dikelola sediri sama pihak PUSKESMAS. Hanya dananya di khususkan. Mudah-mudahan bisa karena sampai sekarang sudah berapa tahun tidak ada, sudah diusulkan berapa kali juga. Jadi mungkin bagus dengan system global budget". (PKM Sailus. Kab. Pangkep)*

Usulan lain untuk model pembayaran di FKTP DPTK adalah kapitasi total diharapkan dapat mengefisienkan rujukan yang memang tidak perlu dirujuk.

> *"Saya setuju kapitasi total, karena paling tidak dengan kapitasi total itu, angka rumusan itu bisa dikalikan. mereka akan berupaya untuk men-efisiensikan anggarannya. Karena kalau yang tidak perlu dirujuk ke rumah sakit, akan mereka tangani sendiri". (Dinkes kab. Kayong Utara).*

> *"Saya setuju kapitasi total, karena paling tidak dengan kapitasi total itu, angka rumusan itu bisa dikalikan. mereka akan berupaya untuk menefisiensikan anggarannya. Karena kalau yang tidak perlu dirujuk ke rumah sakit, akan mereka tangani sendiri. Anggarannya kan kepakai. Kalau dia merujuk pasien yang anggarannya habis 10 juta, itu akan mengurangi anggaran dia kan. Dengan beberapa bagian, kapitasi total ini dia akan mengerem" (BPJS KC Pontianak)*

b) Dana Kompensasi

Pemberian kompensasi merupakan amanah Undang - Undang nomor 40 tahun 2004 yang dipertegas dengan Peraturan Presiden nomor 111 tahun 2013, Peraturan Kementerian

Kesehatan nomor 71 tahun 2013 dan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2014 untuk daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (DBTFMS) guna memenuhi kebutuhan medis peserta JKN. Hasil ujicoba pemberian dana kompensasi dilakukan BPJS Kesehatan pada tahun 2017 pada daerah yang akses jangkauan fasilitas kesehatan sangat jauh, meskipun di daerah tersebut ada Pos Kesehatan Desa dan terdapat satu tenaga kesehatan (tidak semua daerah). Daerah yang dimaksud di sini adalah desa, sehingga jumlah penduduk dan kepesertaan JKN yang terbatas atau tidak semua menjadi peserta JKN meskipun berstatus masyarakat kurang mampu.

> "*untuk daerah terpencil ini harusnya ada dana kompensasi dari BPJS, kami sudah kerja jauh dari keluarga, dapatnya kapitasi pun juga ga beda jauh dari dokter yang dikota bahkan bisa lebih kecil. Cara pembagian untuk dokter juga jangan di poit, tapi lebih pada paket, dan dokter DPTK mendapatkan kompensasi yanglebih besar dibandingkan dokter di perkotaan* " (PKM Muara Sikalabuan, Kepulauan Mentawai)

c) Pendanaan Tenaga Kesehatan Dari Pemda

Bagi Pemda yang mampu mendanai pembangunan kesehatan di daerahnya, salah satu sumber pembiayaan yang dapat dibiayai oleh Pemda adalah insentif bagi SDM Kesehatan terutama di Puskesmas. Biasanya disebut dengan PTT Daerah. Adanya dana kapitasi khusus di beberapa daerah juga memicu adanya pengusulan SDM kesehatan di daerah menjadi PTT di daerah. Pengusulan ini berpengaruh pada insentif yang dijamin oleh Pemda. SDM PTT Daerah untuk pemenuhan SDM di Puskesmas dengan insentif dari APBD yang relative kecil. Adanya dana kapitasi khusus PTT daerah ini dapat menerima insentif yang standar.

d) Dukungan Dana Operasional Dari APBD

Dengan adanya dana kapitasi khusus, dana APBD untuk Puskesmas utamanya untuk dana operasional menjadi lebih sedikit. Di Mentawai ada dana transport rujukan dari Pemda (sekali 6-7 juta per pasien) ke Tuapejat (ibukota mentawai) akan tetapi hanya tersedia untuk 2 rujukan. Perlu sinergitas pembiayaan Pusat dan Daerah dalam penyediaan pelayanan kesehatan di daerah terpencil. Peningkatan pembiayaan ini harus ada sinergitas antara Pusat dan Daerah. Karena daerah sudah menganggarkan untuk kesehatan

> *"Peningkatan pembiayaan ini harus ada sinergitas antara PUSAT dan DAERAH. Karena daerah sudah terbeban sekian % harus dianggarkan untuk kesehatan" (Bappeda Donggala)*

Namun, ada Dinas Kesehatan justru mengurangi dana ke Puskesmas karena dana kapitasi khusus yang diterima Puskesmas besar.

> *"Kalau dari Pemda saya rasa tidak ada perbedaan ya. Kalau dari Dinkes mungkin secara adminstrasi tentu perannya hanya bisa mengarahkan. Karena dana kapitasi khusus besar, jadi dana yang mereka punya tidak lagi disalurkan ke Puskesmas". (PKM Alasa Kab. Nias Utara)*

e) Pemenuhan Sarana dan Prasaran Serta Infrastruktur Kesehatan

Pemda Bangka Selatan membangun Puskesmas baru yang letaknya lebih mudah diakses oleh masyarakat untuk memeratakan akses Ambulan laut di Bangka selatan diadakan pemda, tetapi rusak, walau baru 1-2 bulan, biaya operasional cukup besar. Di selayar ada pemikiran pemda untuk menyediakan ambulan laut, tetapi karena biaya operasional tinggi, maka sementara dibatalkan. Di Maluku tenggara Barat juga terdapat Ambulans laut yang dibiayai oleh Pemda, akan tetapi juga tidak terpakai karena spesifikasi motor yang tidak sesuai dan maintenance.

f) Dana Filantropi

Dana filantropi merupakan dana sukarela dengan tujuan untuk memenuhi kepentingan publik. Dana filantropi ini tidak sengaja terbentuk di Puskesmas. Dana dari puskesmas (yang berasal dari iuran pribadi petugas puskesmas) dan dari pemotongan jaspel dan dana taktis puskesmas untuk biaya rujukan pasien (transport pasien). Meskipun ada pengembalian dana tersebut, namun secara realisasi penggunaan dana ketiga tersebut dilakukan untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

g) Kelebihan dan Kelemahan Model Sistem Pembayaran lain

Beberapa tujuan yang ingin dicapai dalam implementasi sistem pembayaran provider (*provider payment system*) antara lain:

1. Peningkatan kualitas dan penahanan biaya/*cost containment* (Ellis & McGuire, 1990)
2. Risiko Provider dan efisiensi produksi
3. Risiko seleksi dan efisiensi produksi (Newhouse, 1998)
4. 'Keadilan' di tingkat pembayaran dan layanan yang tidak optimal (Jencks et al., 1984)

Berikut beberapa contoh alternative sistem pembayaran provider lain:

Gaji

Dengan gaji, penghasilan dokter tidak terkait dengan output seperti jumlah pelayanan atau kualitas layanan. Oleh karena itu, dokter yang digaji di sektor publik sering dikaitkan dengan rendahnya motivasi, rendahnya produktivitas dan rendahnya kualitas layanan. Saat ini, gaji dapat dikombinasikan dengan kapitasi dan komponen berbasis kinerja (p4p) untuk meningkatkan motivasi serta produktivitas dan kualitas yang lebih tinggi.

Fee For Service

Metode FFS adalah membayar penyedia layanan sesuai dengan jumlah layanan yang diberikan. FFS bisa menjadi sebuah instrumen yang buruk dalam pembiayaan, karena memberi provider peluang/insentif kuat untuk memberikan pelayanan yang lebih banyak dan yang lebih menguntungkan provider. Namun demikian, FFS telah populer di beberapa negara OECD,seperti untuk membayar dokter praktik/swasta, khususnya dalam pelayanan rawat jalan; seperti di Belgia, Jerman, Jepang, Republik Korea, Swiss dan Amerika Serikat. Di negara-negara tersebut, pasien menikmati kebebasan untuk memilih dokter mereka secara langsung dan pada umumnya memperoleh manfaat dengan akses yang memadai terhadap layanan kesehatan. Dokter yang bekerja dengan mekanisme pembayaran FFS juga melakukan upaya memperbaiki kualitas layanan perawatan kesehatan untuk dapat menarik lebih banyak pasien.

Ada situasi, di mana FFS dapat dibuat koheren dengan kebijakan penahanan biaya (*cost containment*). Misalnya, di Jerman pembayaran FFS digabungkan dengan anggaran sektoral untuk pelayanan rawat jalan. Setiap jenis layanan dihubungkan dengan sejumlah poin tertentu.

Kapitasi

Skema kapitasi dengan membayar kepada penyedia layanan sejumlah uang tetap berdasarkan jumlah pasien untuk memberikan berbagai layanan. Sistem pembayaran kapitasi adalah yang saat ini diimplementasikan dalam program JKN khususnya pembayaran pada FKTP.

Salah satu kekurangan dari sistem pembayaran kapitasi adalah kurangnya layanan (*underprovision*) pada kelompok risiko, akibat besaran kapitasi rata-rata ‘tertentu’ berlaku. Pembayaran kapitasi yang disesuaikan dengan profil pasien seperti usia dan jenis kelamin dapat membantu menjamin kualitas layanan dan akses yang setara, dengan merangsang dokter umum untuk menerima dan merawat pasien dengan berbagai karakteristik daripada merujuk ke spesialis atau rumah sakit. Di Amerika Serikat, pembayaran kapitasi sangat banyak dilakukan di rawat jalan dan rawat inap, terutama dalam kerangka Organisasi Perawatan Kesehatan (HMO) atau rencana perawatan yang terkelola (managed care plans). (WHO, 2007)

Per Diem

Per diem diberikan untuk layanan rawat inap. Pembayaran per diem memberi fasilitas kesehatan insentif yang kuat untuk meningkatkan jumlah penerimaan dan memperpanjang masa tinggal/rawat, sehingga meningkatkan pengeluaran kesehatan. Norwegia meninggalkan pembayaran per diem pada awal tahun 1980an. Masa *length of stay* (LoS) yang terlalu tinggi dengan skema pembayaran per diem adalah salah satu alasan utama Jerman mengenalkan DRG untuk remunerasi rawat inap di rumah sakit. (WHO, 2007)

Global Budget

Sejak tahun 1970an, *Global Budget* telah diperkenalkan sebagai instrumen *cost containment* perawatan kesehatan di sejumlah besar negara-negara OECD. Apakah *cost containment* dapat dicapai, tergantung pada jenis anggaran dan kekakuannya. Pertama, untuk mencerminkan tingkat kekakuan, seseorang dapat membedakan anggaran yang (*hard)* keras dan (*soft*) lunak. Di bawah anggaran keras (*hard*), provider bertanggung jawab sepenuhnya atas semua keuntungan dan kerugian sementara anggaran lunak memerlukan jumlah belanja tetap namun tanpa penalti jika terjadi kelebihan. Oleh karena itu, jenis anggaran keras lebih efektif untuk *cost containment* namun dapat mengurangi akses dan kualitas layanan atau menghasilkan daftar tunggu yang lama. Dalam hal potensi *cost containment*, hanya anggaran global dan sektoral yang keras yang efektif. Sedangkan anggaran yang lunak, risiko pengeluaran yang banyak cukup besar. Misalnya, sistem anggaran sektoral dapat meningkatkan pengeluaran kesehatan secara keseluruhan karena misalkan jumlah pasien yang lebih banyak dan kebutuhan mereka akan layanan kesehatan ke sektor lain, perubahan burden penyakit.

Berikut ringkasan mengenai keuntungan dan kerugian dari berbagai metode pembayaran provider:

Tabel 11. Tabel Kelebihan dan Kekurangan Model Sistem Pembayaran lain

Pembayaran Penyedia Layanan	Potensi Kelebihan	Potensi kekurangan
Gaji (*Salary*)*	*Cost containment*, penyediaan pelayanan yang adil, administrasi yang mudah	Produktivitas yang rendah, kualitas layanan yang rendah, moral penyedia layanan yang rendah, potensi *out of pocket*

Global Budget*	Pengendalian biaya jika global budget bersifat kaku (*hard*), mudah diadministrasikan	Rendahnya investasi pada teknologi, terjadi pemilihan pasien, penggantian pasien, dan pada soft global budget dapat terjadi biaya substitusi berdasarkan anggaran sektoral
FFS*	Aksesibilitas yang tinggi, pelayanan yang berkualitas tinggi dengan adanya persaingan	pelayanan yang berlebihan (over provision), biaya administrasi yang tinggi
Kapitasi *	Pengendalian biaya, pemberian pelayanan preventif	Pelayanan dibawah standar, peningkatan rujukan ke Rumah Sakit dan Spesialis, kualitas pelayanan yang rendah
Per diem*	Administrasi yang mudah, perhatian lebih akan diberikan kepada pasien	Peningkatan jumlah admisi dan lama hari rawat, penyediaan perawatan yang kurang *cost effective*
Pendanaan Nakes Medis oleh Pemda	Tenaga medis (dokter) lebih pasti tersedia	Perlu komitmen Pemda, Kesulitan apabila PAD daerah rendah, perlu dukungan pemerintah pusat
Dana Operasional atau pemenuhan sarana prasarana dari APBD	Sumber dana lebih pasti	Perlu komitmen Pemda, Kesulitan apabila PAD daerah rendah
Dana Kompensasi	Dana dari BPJS Kesehatan dapat dibantu oleh pemerintah pusat dan daerah	Perlu menetapan kriteria kompensasi, perlu perhitungan besar dan proporsi biaya kompensasi
Dana Filantropi	Sumber dana banyak, dana dapat bersumber dari masyarakat filantropis, pemerintah, perusahaan/industri, negara asing	Besar dana tidak pasti, sustainabilitas dana tidak pasti

*Sumber: WHO, 2007

6. Analisis Regulasi/ Harmonisasi Kebijakan Di Tingkat Pusat – Daerah

a. UU SJSN

1) Pasal 23 ayat (5) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) yaitu soal ketidaktersedianya faskes yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta maka BPJS wajib memberikan kompensasi (KOMPENSASI WAJIB BAGI DAERAH YG BELUM ADA FASKES) dan kebutuhan peserta akan rawat inap di RS maka kelas pelauanan di RS diberikan berdasarkan kelas standar (KAMAR)
2) Pasal 24: Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilias kesehatan di wilayah tersebut (BESARAN PEMBAYARAN KEPADA FASKES).

b. PEMBAYARAN KAPITASI KHUSUS

1) Permenkes 52 tahun 2016 pasal 4 dan pasal 5
   a) Tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama pada daerah terpencil dan kepulauan ditetapkan berdasarkan tariff kapitasi khusus→ ketentuan daerah khusus dan terpencil di atur dalam peraturan perundang undangan (psal 5 ayat 5)
   b) ANALISIS : tidak ada payung (dalam konteks piramida hukum) yang menjadi acuan dalam penetapan permenkes 52/2015 → seharusnya mengacu kepada permenkes 90 /2015 ttg penyelenggaraan faskes di daerah terpencil
2) Permenkes 90 tahun 2015
   a) Penetapan faskes terpencil dan sangat terpencil oleh bupati/walikota → bisa menimbulkan persepsi yang bias karena belum ada institusi khusus / independent yang menetapkan
   b) Definisi mengenai daerah terpencil dan sangat terpencil disini tidak disebutkan secara eksplisit, namun penilaiannya didasarkan pada penghitungan skor dari kriteria yang disebutkan dalam Formulir 1, sehingga tidak dapat langsung diketahui dalam peraturan ini daftar daerah yang dimaksud.
   c) Sebaiknya dalam peraturan ini disebutkan daerah-daerah yang dikategorikan terpencil, supaya dapat terjadi sinkronisasi dengan

Peraturan Pemerintah No 78 Tahun 2014 tentang Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal. Hal tersebut dikarenakan ada pendanaan dalam bidang kesehatan yang juga tercakup pada Peraturan Pemerintah tersebut, **sehingga akan muncul pertanyaan bagaimanakah koordinasinya dan pelimpahan dana tersebut?.**

d) Sinkronisasi dalam hal data daerah dapat dilihat dalam Formulir satu peraturan ini lalu dibandingkan dengan penghitungan indikator Daerah Tertinggal Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi No 3 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penentuan Indikator dalam Penetapan Daerah Tertinggal secara Nasional

e) Kelemahan penetapan Kriteria faskes di daerah terpencil (pasal 8) → terpenuhi 2-3 kriteria sudah masuk faskes daerah terpencil (25%)

   i. Seharusnya ada penjelasan yang lebih detail dari masing2 kriteria

   ii. Ada persyaratan yang hampir semua faskes mengalami baik di daerah terpencil maupun tidak yaitu kriteria no 6 : transportasi yang ada sewaktu waktu dapat terhalang iklim atau cuaca dan kriteria no 7 : kesulitan pemenuhan bahan pokok → hanya 2 kriteria yang valid yaitu no 4 (akses transportasi umum rutin (darat/air/udara) dari ibukota kabupaten 1 kali dalam 1 minggu (skor 2) dan 5 (jarak tempuh pp dari ibu kota kabupaten dengan menggunakan transport umum rutin (darat atau air) memerlukan waktu lebih dari 6 jam

   iii. Rekomendasi : seharusnya hanya menggunakan kriteria 2, 4 dan 5 (yang mempunyai skor 2). Salah satu masuk → termasuk faskes terpencil

7. Evaluasi Kriteria Dan Ketepatan FKTP Yang Menerima Kapitasi Khusus

Kriteria puskesmas terpencil/sangat terpencil sebagai penerima kapitasi khusus sudah diatur dalam Permenkes No 90 Tahun 2015. Ada lima kriteria – berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir, akses transportasi umum rutin sekali dalam seminggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari enam jam, transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau

cuaca, dan kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil – dengan masing-masing kriteria memiliki pembobotan yang berbeda-beda. Selain itu puskesmas dapat juga diajukan sebagai penerima kapitasi khusus jika mempunyai wilayah kerja yang dikategorikan sebagai terpencil/sangat terpencil jika ada keterbatasan sarana infrastruktur aksesibilitas yang menjadi hambatan puskesmas untuk mencapai wilayah kerja tersebut, jarak dari puskesmas ke wilayah kerja lebih dari 100 km, dan adanya isolasi geografis yang memisahkan wilayah kerja puskesmas dengan puskesmas seperti sungai, laut, gunung, lembah dan hutan belantara.

Untuk ketiga kriteria ini tidak ada pembobotannya. Dari penghitungan bobot kriteria, sebuah puskesmas dapat diklasifikasikan sebagai puskesmas terpencil jika minimal skor yang diperoleh 25% (skor 3) dan puskesmas sangat terpencil jika minimal skor yang diperoleh 50% (skor 6). Kedua klasifikasi puskesmas berhak menerima pembayaran kapitasi khusus. Secara umum, pemangku kepentingan daerah baik bupati/sekretaris daerah, dinas kesehatan kabupaten, BPJS Kesehatan dan puskesmas penerima kapitasi khusus berpendapat kriteria yang ditetapkan dalam Permenkes No 90 Tahun 2015 sudah tepat, seperti disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Donggala:

> *"Sudah sesuai. Jauhnya, jaraknya dan dia harus mempunyai daerah sulit untuk dikunjungi, pedalaman dan manuju daerah itu tergantung cuaca, kalau cuacanya buruk kita sukar untuk kesitu. Terutama tiga itu". (Kepala Dinas Kesehatan Donggala)*

Demikian pula yang disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Selayar:

> *"Di Kabupaten Selayar kita usulkan semua karena memang di sini tingkat kesulitannya lebih tinggi daripada kabupaten lain di Sulawesi Selatan. Salah satunya karena Selayar merupakan kepulauan terpisah dari Pulau Sulawesi. Di sini fasilitas dan tenaga juga serba terbatas". (Kepala Dinas Kesehatan Selayar)*

Hanya saja beberapa istilah dalam kriteria tersebut masih terlalu umum sehingga perlu ada penjelasan yang lebih detail, seperti pada istilah:

a. Pedalaman, pegunungan, dan pesisir
b. Transportasi yang sewaktu-waktu terhalang cuaca dan iklim
c. Kesulitan pemenuhan bahan pokok
d. Kondisi keamanan yang tidak stabil
e. Daerah bencana alam

Istilah tersebut di atas perlu diperjelas karena definisinya masih terlalu umum. Daerah bencana misalnya, perlu penjelasan lebih lanjut mengenai jenis bencana alam, skala bencana,

dan implikasi bencana sehingga lebih terukur. Demikian pula kriteria seperti kesulitan pemenuhan bahan pokok, kondisi keamanan yang tidak stabil, pedalaman, pegunungan, dan pesisir, serta transportasi yang sewaktu-waktu bisa terhalang cuaca, seperti disampaikan oleh Kepala BPJS Cabang Pinrang:

> *"Kalau menurut saya perlu pengkategorian yang lebih spesifik untuk puskesmas terpencil. Selama ini kan lebih mempertimbangkan apakah lokasinya mudah dijangkau, berada di pegunungan, transportasi yang lancar, hanya seperti itu saja kriterianya. Mungkin bisa dilihat juga wilayahnya dari delapan desa berapa persen yang terpencil baru bisa dikategorikan lagi sebagai daerah terpencil. Kalau skornya sudah tepat dan detail, hasil dan penentuannya sudah ada dasarnya" (Kantor BPJS Cabang Pinrang)*

Pendapat senada disampaikan oleh Kepala Kantor BPJS Cabang Makale sebagai berikut:

> *"Salah satu kriteria menyebutkan akses transportasi umum rutin 1 kali dalam 1 minggu. Ini bentuknya mobil kah? Karena kalau di kecamatan itu kan biasanya mobil rutin 1 kali sehari. Tapi kan ojek banyak, nah apakah gugur point B ini, atau tidak. Itukan tidak ada penjelasan". (Kepala Kantor BPJS Cabang Makale)*

Ada pula kriteria yang cukup spesifik akan tetapi tidak bisa berlaku di semua kabupaten, seperti disampaikan berikut ini:

> *"Kemudian jarak tempuh dari ibu kota kabupaten itu jaraknya 6 jam, di sini tidak ada yang 6 jam. Lagipula kenapa dihitung dari ibu kota/kabupaten, kan petugas medisnya ada di puskesmas. Yang harusnya dihitung itu dari puskesmas ke desa terpencil bukan dari kabupaten. Kalau disini paling 1,5 jam, pulang pergi tiga jam. Petugasnyakan diharapkan stand-by di puskesmas. Jadi bukan pulang pergi dari ibu kota kabupaten". (Kepala Kantor BPJS Cabang Makale)*

Meskipun demikian memang tidak semua kriteria harus bisa diterapkan di seluruh kabupaten karena sudah ada pembobotan. Penentuan puskesmas penerima kapitasi berdasarkan penghitungan keseluruhan kriteria. Hal lain yang mengemuka adalah masalah kriteria bahwa sebuah puskesmas dapat ditetapkan sebagai penerima kapitasi khusus jika mempunyai wilayah kerja yang dikategorikan sebagai terpencil/sangat terpencil. Sesuai Permenkes No 90 Tahun 2015 memang sudah mengatur ketentuan tersebut seperti disampaikan oleh Kepalan Kantor BPJS Kesehatan Cabang Makale berikut ini:

> *"Bisa saja letak puskesmas tidak terpencil. Seperti di Puskesmas Bittuang di Tana Toraja dan Puskesmas Rantebua di Toraja Utara tapi ada wilayah kerjanya agak*

jauh, sehingga puskesmas tersebut diusulkan menjadi puskesmas daerah terpencil". (Kepala Kantor BPJS Cabang Makale)

Ketentuan ini menimbulkan masalah karena menimbulkan potensi kecemburuan dari puskesmas lain karena penghitungan kapitasi di puskesmas-puskesmas tersebut berdasarkan keseluruhan peserta bukan hanya peserta yang berasal dari desa dan dusun terpencil saja. Selain itu, meskipun puskesmas mendapatkan kapitasi khusus karena ada wilayah kerjanya termasuk desa/dusun terpencil tetapi pelayanan khusus terhadap desa/dusun tersebut tidak ada, seperti disampaikan oleh Kepala Kantor BPJS Kesehatan Cabang Makale berikut ini:

"Kami pernah mengunjungi puskesmas yang masuk daerah terpencil tapi cukup ramai. Puskesmas tersebut mempunyai dusun yang cukup jauh. Tapi dalam setahun dusun itu tidak pernah tersentuh. Orang puskesmas tidak pernah ke situ. Pustu juga kadang ada orangnya kadang tidak". (Kepala Kantor BPJS Cabang Makale)

Beberapa kantor BPJS di daerah melihat perlu ada peninjauan ulang untuk puskesmas-puskesmas ini, seperti disampaikan oleh Kepala Kantor BPJS Kesehatan Cabang Pangkep berikut ini:

"Kriterianya sudah pas pak untuk ketujuh puskesmas di kepulauan karena jauh dari daratan, jaringan dan sebagainya. Tapi bagi ketiga puskesmas di daratan barangkali bisa ditinjau kembali karena puskesmas induknya tidak terpencil, hanya ada 1-2 daerahnya yang sulit dijangkau". (Kantor BPJS Cabang Pangkep)

Kondisi serupa juga dikemukakan oleh Kepala Kantor BPJS Kesehatan Cabang Pinrang berikut ini:

"Untuk penetapan sebagai terpencil terutama di wilayah Tupu, menurut kami masih tidak harus dengan kapitasi khusus mengingat puskesmasnya sangat mudah dijangkau, berada di jalan poros Polowali dengan Makassar, betul-betul di pinggir jalan. Untuk wilayah kerja yang termasuk dalam wilayah terpencil juga hanya tiga. Jadi hanya beberapa persen peserta JKN yang ada di wilayah terpencil". (Kantor BPJS Cabang Pinrang)

Lebih lanjut Kepala Kantor BPJS Kesehatan Cabang Pinrang menambahkan:

"Untuk puskesmas Batu Lampa sendiri jangkauannya tidak terlalu jauh. Yang bikin jauh itu hanya karena jalanannya kurang bagus dan wilayahnya saja hanya ada 2 desa yang masuk kategori terpencil. Jadi mungkin masih bisa dipertimbangkan untuk menerima dana kapitasi khusus. (Kantor BPJS Cabang Pinrang)

Salah satu usulan yang ditawarkan adalah penghitungan kembali kapitasi khusus yang berdasarkan jumlah riil peserta yang berasal dari desa/dusun terpencil. Kepala Kantor BPJS Kesehatan Cabang Makale mengusulkan supaya penghitungan kapitasi berdasarkan jumlah peserta dari desa/dusun terpencil dan diperuntukkan untuk meningkatkan pelayanan bagi peserta dari desa/dusun tersebut, misalnya untuk peningkatan pelayanan dan insentif bagi petugas kesehatan di pustu.

> *"Iya harus ada konsekuensinya dan perhitungannya jangan general. Ada satu desa yang terpencil sehingga puskesmas itu dianggap terpencil. Kan tidak fair. Kapitasi yang ada di sebelahnya kita bayar 10 ribu padahal yang membuat dia terpencil karena ada desanya yang jauh. Ironisnya desa yang jauh-jauh itu justru dia tidak mendapatkan pelayanan dengan memadai". (Kepala Kantor BPJS Cabang Makale)*

Penetapan kriterian untuk daerah penerima kapitasi khusus perlu lebih didetailkan. Payung hukum penetapan daerah perlu ditetapkan, regulasi mana yang akan dijadikan dasar penetapan. Atau memang ada usulan pembuatan regualsi baru terkait penetapan daerah penerima kapitasi khusus dengan kriteria yang lebih khusus.

8. Alternatif Indikator Kinerja Sistem Pembayaran FKTP Daerah Terpencil Di Luar KBKP (Contoh Papua)

Papua merupakan salah satu provinsi paling timur di Indonesia dengan karakteristik wilayah pegunungan, lembah, dan dataran rendah. Karakteristik wilayah tersebut memberikan tantangan tersendiri, sehingga fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang berada dalam wilayah tersebut harus bekerja keras untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Khusus di wilayah yang jauh dari perkotaan, ada budaya masyarakat Papua yang masih terjadi yaitu tidak menetap pada satu daerah. Peran koordinasi stakeholder lintas sektor di Papua telah berhasil memberi pengetahuan kepada masyarakat Papua pentingnya pelayanan kesehatan dan pendidikan. Upaya pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan juga memberikan dampak yang positif bagi kesehatan masyarakat di Papua. Tidak berbeda dengan daerah lain di Indonesia, FKTP di Provinsi Papua juga diwajibkan melaporkan indikator KBKP ke BPJS Kesehatan sebagai ukuran untuk menetapkan besaran kapitasi yang diterima setiap bulan.

Namun, dengan kondisi geografis yang sangat sulit, indikator ini tidak dapat terpenuhi dengan optimal. Indikator KBKP yang sekarang digunakan memang belum melihat kondisi

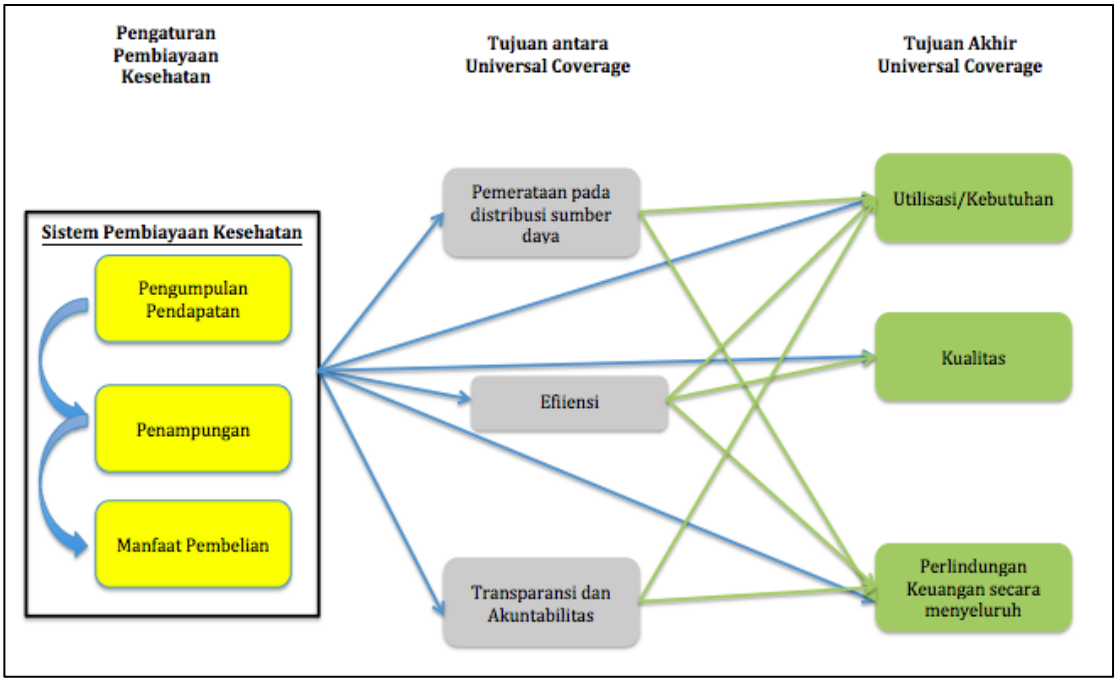
geografis wilayah kerja FKTP. Tidak ada perbedaan penggunaan indikator KBKP bagi FKTP di seluruh Indonesia. Diperlukan indikator lain sebagai indikator khusus yaitu indikator kondisi geografis bagi FKTP yang memiliki kriteria wilayah geografis yang sulit dan membutuhkan biaya tinggi. Indikator kunjungan rumah, indikator angka kontak, dan indikator program prolanis menjadi tantangan bagi fasilitas kesehatan karena kondisi geografis peserta JKN.

G. Pembahasan

1. Pembiayaan Kesehatan

Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia yang mengalami reformasi sejak adanya Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia tahun 2014. Jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia ini mengedepankan prinsip asuransi sosial yag memungkinakan layanan kesehatan yang dijamin untuk memnuhi kebutuhan dasar kesehatan yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini merupakan paket manfaat yang diperoleh oleh peserta JKN dimanapun peserta tersebut tinggal di wilayah Indonesia. Sehingga kebutuhan dasar kesehatan yang dimaksud yaitu segala pelayanan yang oleh dokter dinilai perlu diberikan, termasuk operasi jantung dan perawatan intensif, tanpa ada batas lamanya layanan. Hal ini menimbulkan kekhawatiran besarnya biaya yang dibutuhkan. Untuk itu, UU SJSN telah merumuskan upaya meningkatkan efektifitas dan efisiensi dengan upaya pengendalian mutu, pembiayaan yang optimal, serta cara pembayaran prospektif yang sangat mengurangi *moral hazard* oleh fasilitas kesehatan (Peta Jalan, 2012).

Untuk mewujudkan pelayanan kebutuhan dasar tersebut salah satunya yaitu pembiayaan kesehatan di FKTP. Dalam kerangka JKN, pembiayaan di FKTP ini melalui mekanisme pembayaran kapitasi. Pembayaran kapitasi ini dilaksanakan oelh BPJS Kesehatan setiap bulannya dimanapun FKTP tersebut berada.



Sumber: Kutzin, 2013

Gambar 21. Pembiayaan Kesehatan yang bisa mempengaruhi Tujuan Antara dan Tujuan Akhir UHC

Sistem pembiayaan kesehatan di pengaruhi oleh beberapa fungsi yaitu pengurusan dan pengawasan oleh pemerintah/pimpinan, sumber daya fisik dan manusia, pelayanan kesehatan dan pembiayaan. Secara spesifik pada fungsi sistem pembiayaan kesehatan, mencakup pengumpulan pendapatan, penggabungan dalam anggaran dan belanja anggaran yang secara langsung bermanfaat untuk pelayanan sesuai dengan kebutuhan, efisiensi, kualitas serta transparansi dan akuntabilitas (Kutzin, 2013).

Sehingga apabila kita melihat gambar 16 diatas, pembiayaan kesehatan di FKTP juga merupakan salah satu pemenuhan tujuan antara dalam upaya pemerataan distribusi sumber daya. Hubungan antara pembiayaan kesehatan dan tujuan sistem secara keseluruhan, secara langsung dan tidak langsung melalui tujuan antara. Hal ini merupakan salah satu konsep penting bahwa sistem pembiayaan kesehatan tidak bertindak sendiri dalam mempengaruhi tujuan antara (*intermediate*) dengan tujuan akhir yaitu tujuan yang diinginkan dalam mencapai jaminan kesehatan semesta. Kebijakan terkoordinasi dan implementasi di seluruh fungsi sistem kesehatan sangat penting untuk membuat kemajuan pada tujuan yang diinginkan, seperti meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Kutzin, 2013).

Salah satu upaya pemenuhan kebutuhan dasar peserta di seluruh wilayah Indoenesia termasuk wilayah terpencil dan sangat terpencil, BPJS Kesehatan melakukan distribusi dana kesehatan kepada FKTP dengan dana kapitasi khusus. Dana kapitasi khusus mejadi salah satu mekanisme pembiayaan penting di FKTP daerah terpencil dan sangat terpencil. Pemenuhan pembiayaan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil menjadikan dana kapitasi khusus ini menjadi salah satu sumber dana besar bagi penyelenggara kesehatan di daerah/ wilayah terpencil dan sangat terpencil.

2. Sinkronisasi Penetapan Kriteria Puskesmas Penerima Kapitasi Khusus

Kriteria Puskesmas penerima dana kapitasi khusus yang berdasarkan Permenkes No. 90 Tahun 2015 tentang fasilitas kesehatan terpencil dan sangat terpencil. Peraturan ini menyebutkan kriteria fasilitas terpencil dan sangat terpencil adalah:

a. berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir.
b. akses transportasi umum rutin 1 (satu) kali dalam 1 minggu.
c. jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam.

d. transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca.
e. kesulitan pemenuhan bahan pokok.
f. kondisi keamanan yang tidak stabil.

Penetapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil dilakukan dengan dasar penilaian terhadap kriteria sesuai dengan skor yang telah ditentukan. Skor tersebut menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil, bila hasil penilaian mencapai 25 % - 50 %. dan fasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan kawasan sangat terpencil, bila hasil penilaian mencapai lebih dari 50 %. Beberapa kriteria masih sangat umum (poin a, d, e, f) masih sangat umum dan beberapa daerah masih dengan mudah memenuhi syarat kriteria untuk dinilai sebagai daerah terpencil dan sangat terpencil. Peraturan ini juga menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan berupa puskesmas yang tidak memenuhi kriteria yang telah disebutkan tetapi memiliki wilayah kerja sulit dijangkau secara geografis, dapat ditetapkan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil dengan memenuhi kriteria:

a. adanya keterbatasan sarana infrastruktur aksesibilitas yang menjadi hambatan Puskesmas untuk mencapai wilayah kerja tersebut
b. jarak dari Puskesmas ke wilayah kerja lebih dari 100 km
c. adanya isolasi geografis yang memisahkan wialyah kerja Puskesmas dengan Puskesmas seperti sungai, laut, gunung, lembah dan hutan belantara

Tambahan kriteria ini juga menegaskan bahwa sangat mudahnya puskesmas lain memenuhi kriteria tambahan. Kriteria yang sangat mudah untuk dicapai dalam pemenuhannya menimbulkan gejolak atau niatan bagi Puskesmas atau daerah untuk menetapkan bahwa daerahnya atau puskesmasnya termasuk di dalam fasilitas kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Penetapan fasilitas kesehatan di kawasan terpencil dan sangat terpencil hanya berdasarkan ketetapan Bupati/ Walikota atau berkoordinasi dengan Pemerintah Provinsi setelah berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/ kota setempat. Proses ulang penetapan fasilitas kesehatan di wilayah terpencil dan sangat terpencil dilakukan setelah dilakukan evaluasi oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap fasilitas pelayananan kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil yang telah ditetapkan, secara berkala paling lama 3 (tiga) tahun. Apabila hasil evalusi ada perubahan terhadap kriteria maka penetapan daerah tersebut dapat dicabut. Namun proses

penetapan ini mengesampingkan koordinasi dengan lembaga lain seperti Kementerian Dalam Negeri atau Kementerian Desa untuk bersama – sama menetapkan wilayah terpencil dan sangat terpencil dengan istilah daerah tertinggal. Hal ini terkait dengan adanya peraturan lain dalam penetapan daerah tertinggal yaitu Peraturan Presiden nomor 131 tahun 2015 tentang penetapan daerah tertinggal 2015 sampai tahun 2019. Peraturan ini memiliki kriteria apabila suatu daerah ditetapkan sebagai Daerah Tertinggal yaitu:

a. perekonomian masyarakat.
b. sumber daya manusia.
c. sarana dan prasarana
d. kemampuan keuangan daerah
e. aksesibiltas.
f. karakteristik daerah.

Peraturan ini juga menegaskan bahwa kriteria ketertinggalan yang dimaksud dalam Peraturan Presiden diukur berdasarkan indikator dan sub indikator. Ukuran indikator dan sub indikator diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri. Sehingga kesimpulannya bahwa penetapan fasilitas kesehatan di wilayah terpencil dan sangat terpencil juga mempertimbangkan peraturan lain yang sama -sama menetapkan kawasan atau daerah yang menjadi prioritas pembangunan baik di bidang kesehatan maupun bidang lain. Hal ini terkait dengan sinkronisasi kriteria yang digunakan dalam menetapkan suatu kawasan atau daerah menjadi prioritas pembangunan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/ Kota.

3. Penetapan Kapitasi Khusus

Istilah kapitasi khusus yang digunakan di bidang kesehatan ditemukan dalam dua Permenkes yaitu Permenkes Nomor 12 tahun 2016 dan Permenkes Nomor 52 tahun 2016. Dalam Permenkes No 12 tahun 2016 salah satu konsiderannya adalah Permenkes Nomor 90 Tahun 2015 yang menyebutkan pelayanan kesehatan di daerah terpencil bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas dan mutu layanan kesehatan. Akan tetapi tujuan tersebut tidak memiliki definisi operasional yang lebih detil dengan indikator yang terukur. Sehingga dasar hukum adanya kapitasi khusus tidak kuat karena belum mempertimbangkan peraturan lain yang terkait. Permenkes nomor 52 tahun 2016 hanya menjelaskan tarif kapitasi khusus, namun dalam pembuatannya tidak menimbang peraturan lain yaitu Permenkes nomor 90 Tahun 2015 dan Perpres nomor 131 tahun 2015. Perbedaan kriteria antara Permenkes 90 tahun 2015,

Kepmendes 126 tahun 2017, dan Perpres 131 tahun 2015 juga menunjukkan adanya kesenjangan penunjukkan daerah yang menjadi prioritas pembangunan kesehatan. Apabila melihat lebih detil dalam Peraturan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, penetapan daerah tertinggal mencakup beberapa kriteria. Hal ini bisa dikaitkan dengan tidak adanya tujuan pemberian kapitasi khusus yang lebih jelas kepada wilayah yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan tersebut.

Tujuan pemberian kapitasi khusus kepada wilayah tertentu di Indonesia, dari hasil studi menunjukkan bahwa sangat bermanfaat untuk peningkatan insentif tenaga kesehatan di daerah tersebut. Namun, apabila diukur dari utilisasi dan ketersediaan dokter, pemberian kapitasi khusus tidak memberikan dampak yang signifikan. Sehingga dampak adanya kapitasi khusus ini tidak meningkatkan kinerja secara lembaga namun meningkatkan kinerja individu dalam hal besaran penerimaan insentif tenaga kesehatan. Tujuan pemberian kapitasi khusus bisa dikaitkan dengan *Performance Based Financing* (PBF) yang didefinisikan sebagai mekanisme pembiayaan yang terdiri dari skema remunerasi di mana penyedia layanan kesehatan (staf atau fasilitas perorangan) menerima insentif keuangan ketika target atau keluaran tertentu yang telah ditentukan tercapai setelah memverifikasi kualitas keluaran yang dihasilkan (Renmans, Paul, Dujardin, 2016). PBF ini juga memiliki evaluasi terhadap penerima manfaat yaitu pasien dalam hal ini peserta JKN. Sama halnya dengan *Pay for Performance,* metode ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien penderita asma dan diabetes (Campbell, Reeves, Kontopantelis. Et all, 2009).

.

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Jika mengacu kepada Permenkes No 90 Tahun 2015 maka pelayanan kesehatan di daerah terpencil bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas dan mutu layanan kesehatan, meskipun baik di Permenkes No 12 Tahun 2016 dan Permenkes No 52 Tahun 2016 tidak disebutkan secara eksplisit tujuan kapitasi khusus. Sehingga dalam kajian ini digunakan tiga indikator untuk mengukur efektivitas kapitasi khusus: kepesertaan JKN, utilisasi dan ketersediaan dokter.
2. Jika dilihat dari akses dapat dikatakan: Kebijakan kapitasi khusus belum efektif di kelima puluh sembilan puskesmas yang memenuhi persyaratan kelengkapan data. Meskipun terjadi peningkatan peserta JKN, utilisasi dan jumlah dokter, tetapi peningkatannya tidak sebesar atau lebih besar dari puskesmas sejenis yang tidak menerima kapitasi khusus.
3. Tidak ada perbedaan proporsi pemanfaatan dana kapitasi sebelum dan setelah kapitasi khusus baik pemanfaatan untuk jasa pelayanan dan dana operasional pada kedua belas puskesmas kajian.
4. Sistem pembayaran alternatif bagi puskesmas di daerah terpencil di antaranya dengan dana kompensasi berbasis desa/wilayah kerja yang sulit aksesnya. Misalnya, berupa uang tranportasi untuk tenaga medis yang bertugas atau pasien yang perlu rujukan. Pemerintah daerah juga dapat ikut mendukung dengan sumber pendanaan daerah untuk memberikan insentif bagi tenaga medis (dokter) dan fasilitas kesehatan.
5. Kebijakan Kapitasi Khusus belum mendorong peran Pemerintah Daerah dan *stakeholder* lintas sektor dalam pembangunan wilayahnya. Banyak Pemerintah Daerah tidak mengetahui apa itu kapitasi khusus, tujuan kapitasi khusus, dan timbal balik Pemerintah Daerah dengan adanya kapitasi khusus
6. Kriteria fasilitas kesehatan di daerah terpencil dalam Permenkes No 90 Tahun 2015 perlu diperjelas. Ada kriteria yang dapat berlaku untuk hampir semua faskes, baik di daerah terpencil maupun yang tidak terpencil yaitu kriteria no 6 mengenai transportasi yang ada sewaktu waktu dapat terhalang iklim atau cuaca dan kriteria

no 7 mengenai kesulitan pemenuhan bahan pokok. Serta beberapa istilah dalam kriteria seperti dibawah ini:

a. Pedalaman, pegunungan, dan pesisir
b. Transportasi yang sewaktu-waktu terhalang cuaca dan iklim
c. Kesulitan pemenuhan bahan pokok
d. Kondisi keamanan yang tidak stabil
e. Daerah bencana alam

7. Terdapat 2 Puskesmas penerima Kapitasi Khusus yang berdasarkan observasi lapangan hanya memenuhi 17% dari indikator sesuai permenkes 90 tahun 2015 (yang seharusnya minimal 25% baru dapat dikategorikan terpencil), yaitu Puskesmas Bajo Barat dan Puskesmas Noling di Palopo.

8. Penetapan daerah terpencil belum jelas alur regulasinya, aturan diatasnya ada yaitu PP 78 tahun 2014 mengenai percepatan pembangunan daerah tertinggal, namun pada konsideran permenkes 90 tahun 2015 tidak mencantumkan PP tersebut atau peraturan yang terkait dengan daerah tertinggal ini. Pada bagian umum permenkes 90 tahun 2015 tidak dijelaskan apa yang dimaksud dengan “daerah terpencil” dan “sangat terpencil”, penjelasan mengenai “daerah terpencil” dan “sangat terpencil” pernah dijelaskan dalam ketentuan umum permenkes 6 tahun 2013 yang telah dicabut.
9. BPJS Kesehatan belum dilibatkan secara aktif dan merata dalam penetapan puskesmas sebagai penerima kapitasi khusus.
10. Penetapan puskesmas penerima kapitasi khusus oleh kepala daerah berpotensi bias.
11. Hasil survei pada pasien menunjukkan sebanyak 59,46% pasien merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan di Puskesmas penerima kapitasi khusus
12. Usulan indikator lain diluar KBKP: Pemenuhan dokter (minimal memiliki 1 dokter tetap) dan tenaga kesehatan lain di FKTP, Frekuensi Kunjungan di Desa/Kelurahan yang Termasuk Daerah Terpencil (Minimal 1 Bulan Sekali), Peningkatan Angka Kunjungan (Minimal 10%) dari Tahun Sebelumnya.

B. Rekomendasi

JANGKA PENDEK

1. BPJS KESEHATAN
   a. Membuat mekanisme membangun MoU dengan Dinkes dan FKTP yang akan mendapatkan kapitasi khusus terkait indikaor pencapaian komitmen
   b. BPJS Kesehatan turut berperan aktif dan ketat dalam verifikasi terkait penetapan fasilitas kesehatan yang layak mendapatkan kapitasi khusus.
   c. Melakukan Evaluasi ketepatan penerima kapitasi khusus secara berkala (1 tahun sekali
   d. Mendorong regulasi implementasi pemberian kompensasi sebagai pengganti kapitasi khusus.

2. KEMENTERIAN KESEHATAN
   a. Perlu penjelasan tujuan spesifik implementasi dari Kapitasi Khusus sebagai dasar untuk menilai efektifitas dan efisiensi implementasi kebijakan ini.
   b. Memperjelas kriteria terkait fasilitas kesehatan yang layak mendapatkan kapitasi khusus sehingga lebih memperketat, terukur dalam menentukan daerah kapitasi khusus

3. PEMERINTAH DAERAH
   a. Pemda menyediakan fasilitas kesehatan, SDM kesehatan, sarana kesehatan khususnya daerah terpencil sesuai dengan Permenkes No. 90 Tahun 2015.
   b. Pemda menyediakan payung hukum untuk pemberian insentif bagi SDM tenaga kesehatan di daerah terpencil yang melakukan *home visit*.

JANGKA MENENGAH

1. BPJS KESEHATAN
   a) Apabila kapitasi khusus tetap dipertahankan, maka indikator kapitasi khusus yang tujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Usulan untuk indikator antara lain :
      d) Pemenuhan dokter (minimal memiliki 1 dokter tetap) dan tenaga kesehatan lain di FKTP
      e) Frekuensi kunjungan yang termasuk desa/kelurahan yang masuk daerah terpencil (minimal 1 bulan sekali)
      f) Peningkatan angka kunjungan (minimal 10%) dari tahun sebelumnya.

2. KEMENTERIAN KESEHATAN
   a. Mengganti sistem pembayaran kapitasi khusus dengan dana kompensasi yang berupa insentif bagi tenaga kesehatan yang mengunjungi daerah terpencil dan dana ini diberikan langsung ke Puskesmas berbasis kegiatan yang dilakukan.
   b. Melakukan perubahan model pembayaran untuk daerah terpencil dibayarkan langsung ke FKTP (termasuk non kapitasi)
   c. Dasar penetapan kapitasi khusus sebaiknya dikaitkan dengan akses penduduk yang sulit dijangkau (berbasis desa) → bukan wilayah kerja Puskesmas penduduk di wilayah kecamatan tersebut)
   d. Permenkes 90/2015 sebaiknya direvisi pada pasal 11 ayat 1 yang menyatakan evaluasi terhadap faskes daerah terpencil and sangat terpencil secara berkala paling lama 3 tahun →sebaiknya dilakukan evaluasi per tahun mengingat percepatan pembangunan daerah terpencil
   e. Melakukan revisi Kriteria fasilitas pelayanan kesehatan daerah terpencil dalam permenkes 90/2015 seharusnya hanya menggunakan kriteria 2, 4 dan 5 (yang mempunyai skor 2), yaitu:
      i. Berada di pulau kecil atau gugus pulau
      ii. Akses transportasi umum rutin (darat/air/udara) dari ibukota kabupaten 1 (satu) kali dalam 1 (satu) minggu.
      iii. Jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten dengan menggunakan transportasi umum rutin (darat/air) memerlukan waktu lebih dari 6 jam

Jika salah satu terpenuhi, maka akan termasuk fasilitas kesehatan terpencil, karena 5 kriteria yang lain masih terlalu umum.

Atau memperjelas 5 kriteria tersebut.

3. PEMERINTAH DAERAH
    a. Pemda membuat payung hukum untuk fleksibilitas pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas.

Referensi

Bakohumas. (2009). Masih Ada 199 Kabupaten Kategori Tertinggal di Indonesia. 10 February 2009, from http://www.bakohumas.depkominfo.go.id/index.php?nid=360

Campbell, S M, Reeves, D. Kontopantelis, E. Sibbald, B, et all. 2009. *Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England*. N Engl J Med 2009;361:368-78. Massachusetts Medical Society. Massachusetts.

Kutzin, J. 2013. *Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy*. WHO Bulletin.

Lestari, Tri Rini Puji. 2013, Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal Perbatasan, dan Kepulauan, Info Singkat 2009, Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI, Jakarta

Menteri Kesehatan. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas*. Kementerian Kesehatan. Jakarta

Menteri Kesehatan. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah*. Kementerian Kesehatan. Jakarta.

Menteri Kesehatan. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Kementerian Kesehatan. Jakarta.

Menteri Kesehatan. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Kementerian Kesehatan. Jakarta

Menteri Kesehatan. 2017. *Peraturan Menteri Kesehat. an Nomor 48 Tahun 2017 tentang Pedoman Perencanaan dan penganggaran Bidang Kesehan*. Kementerian Kesehatan. Jakarta.

Menteri Kesehatan. 2018. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Kemeterian Kesehatan. Jakarta.

Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi. 2017. *Keputusan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 126 Tahun 2017 Tentang Penetapan Desa Prioritas Sasaran Pembangunan Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi*. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi. Jakarta.

Menteri Dalam Negeri. 2010. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah*. Kementerian Dalam Negeri. Jakarta.

Renmans, D. Paul, E. Dujardin, B. 2016. *Analysing Performance-Based Financing through the Lenses of the Principal-Agent Theory.* IOB. Belgium.

Republik Indonesia. 2003. *Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara*. Sekretariat Negara. Jakarta.

Republik Indonesia. 2004. *Undang – Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*. Sekretariat Negara. Jakarta.

Republik Indonesia. 2004. *Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosiial Nasional*. Sekretariat Negara. Jakarta.

Republik Indonesia. 2009. *Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sekretariat Negara*. Jakarta.

Republik Indonesia. 2011. *Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Sekretariat Negara. Jakarta

Republik Indonesia. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019*. DJSN. Jakarta

Republik Indonesia. 2014. *Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*. Sekretariat Negara. Jakarta.

Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan*. Sekretariat Kabinet RI. Jakarta.

World health organization. (2007). Technical Briefs for Policy-Makers Number 2. Provider payments and cost-containment Lesson from OECD Countries.