

KEBIJAKAN INSENTIF DAN DISINSENTIF PEMBAYARAN KAPITASI BAGI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA BERBASIS PEMENUHAN KOMITMEN PELAYANAN (KBK)

(KESIAPAN FKTP DAN PENGEMBANGAN INDIKATOR PENILAIAN DI DI YOGYAKARTA)

Incentive and Disincentive of Capitation Payment for the First Level Health Facilities based on Completion of Service Commitment (Readiness of the FKTP and Development of Assessment Indicators in DI Yogyakarta)

Ristrini¹, Wasis Budiarto²

¹Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Naskah masuk: 31 Oktober 2017, Perbaikan: 6 November 2017, Layak terbit: 15 November 2017

ABSTRAK

Pemberian insentif dan disinsentif pada pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan, agar FKTP dapat meningkatkan mutu dan kinerjanya. Upaya tersebut telah dilakukan FKTP dalam bentuk Kapitasi berbasis pada pemenuhan komitmen pelayanan kesehatan (KBK), yang dimulai sejak tahun 2015. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kesiapan FKTP dan pengembangan indikator penilaian kinerja FKTP. Penelitian ini dilakukan di Provinsi DI Yogyakarta, dan dipilih 2 Kabupaten secara *purposive* (Sleman dan Kulonprogo) serta Kota Yogyakarta. Masing-masing Kabupaten/Kota dipilih 2 puskesmas (rawat inap dan non rawat inap), 2 klinik pratama, dan 2 dokter praktek dan 2 dokter gigi praktek perseorangan, dengan kriteria pasien JKN nya banyak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jika ditinjau dari aspek ketenagaannya, puskesmas dan klinik pratama siap sebagai provider pelayanan kesehatan peserta JKN. Praktek dokter dan dokter gigi praktek swasta belum siap, sehingga perlu menyesuaikan menjadi dokter keluarga dan melakukan perbaikan. Perlu penilaian kembali (*credentialing*) kelayakan sebagai provider JKN. Kepesertaan PBI di klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek perseorangan masih sangat kecil, dan pemanfaatan dana kapitasi di FKTP sudah cukup baik walaupun upaya promotif dan preventif sangat sedikit. Indikator yang digunakan untuk menilai kapitasi di FKTP seharusnya berbasis pada fungsi FKTP sebagai *gate keeper*. Skor pendapat dari FKTP menunjukkan bahwa indikator yang dikembangkan adalah *comprehensiveness*, *sustainability* prolansis, kunjungan *first contact*, *contact rate* pelayanan di dalam dan di luar gedung dan pelayanan di luar standar BPJS. Sehingga disarankan untuk melakukan pengembangan perhitungan dengan menggunakan kelima indikator tersebut dengan memperhatikan faktor kemampuan/kompetensi FKTP.

Kata kunci: Insentif, disinsentif, KBK, FKTP

ABSTRACT

Incentives and disincentives of capitation payment to the first level of health facilities (the FKTP) are to improve the quality and performance of services. These effort have been made by the first level of health facilities (the FKTP) in the form of capitation, based on the fulfillment of Health Services Commitment, which started in 2015. The study aimed to examine the FKTP readiness and development of the first level of health facilities (the FKTP) performance appraisal indicators. It was conducted in Yogyakarta Province, and then two districts and one city were selected (Sleman and Kulonprogo)

Korespondensi:

Ristrini

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

Email address: ristrini-sby@yahoo.com

and Yogyakarta City purposively. In each district/city, it selected two primary health centers /PHCs (inpatient and non-inpatient PHCs), two primary clinics, two private doctors and two private dentists, with a criteria having many the National Social Scheme patients. Results show that in the view from aspects of the human resources, PHCs and primary clinics are ready as health service provider of the National Social Scheme, while private practice doctors or dentists are not yet, so it needs to adjust and improvements for family doctors. Credentialing as to be feasible as provider the National Social Scheme are needed. The recipients of assistance members at the primary clinics, private doctors or dentist are still low, and utilization of capitation funds at the first level of health facilities is good although promotive and preventive efforts are very low. Indicators to determine the capitation at the first level of health facilities (the FKTP) should be based on the first level of health facilities (the FKTP) function as gate keeper. The first level of health facilities score indicate that the developed indicators are comprehensiveness, sustainability of the prolanis program, the first contact visit, contact rate of indoor and outdoor services, beyond standard of the BPJS services. Therefore, it suggests to develop calculation of incentives and disinsentives by the 5 indicators considering abilities and competencies of the first level of health facilities (the FKTP's).

Keywords: incentives, disinsentives, completion of service commitment, the first level of health facilities

PENDAHULUAN

Insentif adalah suatu sarana memotivasi berupa materi, yang diberikan sebagai suatu perangsang ataupun pendorong dengan sengaja kepada para pekerja agar dalam diri mereka timbul semangat yang besar untuk meningkatkan produktivitas kerjanya dalam organisasi (Gorda, IGN, 2004). Insentif dapat juga diartikan sebagai variabel penghargaan yang diberikan kepada individu dalam suatu kelompok, yang diketahui berdasarkan perbedaan dalam mencapai hasil kerja (Cascio, Wayne F., 1995).

Kebijakan pemberian insentif dan disinsentif dalam rangka untuk meningkatkan kinerja sudah banyak dilakukan, tetapi lebih banyak berorientasi pada pemberian motivasi untuk meningkatkan prestasi karyawan. Menurut Bhattacharyya, pemberian insentif dan disinsentif akan memberikan dampak pada keberlanjutan program dan dapat meningkatkan keberhasilan program (Ashcroft R, *et al.*, 2014). Pemberian insentif dan disinsentif akan meningkatkan pasar, dan menimbulkan persaingan di masyarakat (Tom O'Brien, 2015). Insentif dapat berupa insentif keuangan (*financial incentives*) dan insentif non keuangan (*non financial incentives*). Pemberian insentif selama bukan berupa 'suap' dapat dibenarkan dan mampu meningkatkan layanan pada masyarakat dan meningkatkan efisiensi (Koontz, Harold, 1986). Pemberian insentif dapat diartikan sebagai pemberian 'reward' sedangkan disinsentif sebagai 'punishment'. *The Asociation Management Academy* (AMA) memberikan rekomendasi bahwa insentif finansial potensial untuk meningkatkan perilaku pencegahan, secara prinsip membantu insentif finansial bagi lembaga kesehatan. Bila insentif dan disinsentif diterapkan secara efektif

dan *acceptable*, maka akan mampu meningkatkan pencegahan terhadap penyakit dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menerapkan pembayaran Kapitasi Berbasis pemenuhan Komitmen pelayanan atau KBK pada tahun 2015, yang dilakukan bagi FKTP dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional. Terdapat 3 (tiga) indikator penilaian KBK yakni: (a) angka kontak komunikasi FKTP dan peserta JKN (b) rasio rujukan rawat jalan nonspesialistik dan (c) rasio peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). Penerapan KBK tersebut mempunyai konsekuensi yakni: (1) penurunan besaran kapitasi, dan (2) pengurangan penerimaan kapitasi berbasis prestasi. KBK juga merupakan upaya kendali mutu dan kendali biaya di fasilitas kesehatan, dan sebagai komitmen nyata dari pemangku kepentingan untuk memberikan pelayanan yang lebih bermutu. Penerapan standar indikator komitmen pelayanan kesehatan, maka diharapkan akan diperoleh kapitasi maksimal (Peraturan Presiden, 2014).

Laporan KPK bulan Januari 2015 menyatakan bahwa terdapat 4 kelemahan pengelolaan Dana Kapitasi JKN. Salah satu poin pentingnya adalah efektivitas dana kapitasi dalam meningkatkan mutu layanan masih rendah. Dana kapitasi yang disalurkan sangat besar, yakni hampir 8 triliun rupiah per tahun. Namun, perubahan kualitas layanan puskesmas secara keseluruhan belum terlihat secara nyata. KPK juga menemukan bahwa tidak ada alat pengawasan dan pengendalian dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan (Ardiyanto dan Tonang Dwi, 2016).

Diharapkan dengan metode KBK tersebut, FKTP sebagai *gatekeeper* dapat memenuhi aspek keadilan

(*equity*) dan aspek efisiensi (*efficiency*) pelayanan kesehatan, serta ketanggapan (*responsiveness*) dari penyediaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi hak dan ekspektasi warga terhadap pelayanan kesehatan yang efektif, bermutu, dan dibutuhkan (Murti, Bisma, 2011).

METODE

Jenis penelitian adalah observasional dengan desain potong lintang. Penelitian dilakukan pada tahun 2014. Penelitian ini dilakukan di provinsi DI Yogyakarta, dan dipilih 2 (dua) Kabupaten dengan kriteria proporsi jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/BPJS Kesehatan terhadap jumlah penduduk yang tinggi dan rendah yaitu Kabupaten Sleman dan Kabupaten Kulonprogo, dan 1 (satu) kota yaitu Kota Yogyakarta. Sebagai unit analisis adalah FKTP yakni puskesmas, klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek perseorangan.

Pemilihan sampel FKTP dilakukan secara *purposive sampling*, dan pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terstruktur. Untuk melengkapi informasi, dilakukan wawancara mendalam dengan pimpinan beberapa instansi yaitu Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, Kantor Cabang BPJS DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Kulonprogo dan Kota Yogyakarta. Wawancara terstruktur dilakukan dengan 3 orang kepala puskesmas perawatan, yaitu puskesmas Wates, Mlati-2 dan Tegalrejo, dan 3 orang kepala puskesmas non perawatan, yaitu puskesmas Puskesmas Pengasih, Seyegan dan Gondokusuman. Di samping itu juga dilakukan wawancara terhadap 6 pengelola klinik pratama, 6 dokter praktek privat, dan 6 dokter gigi praktek privat yang bekerja sama dengan BPJS, sehingga jumlah sampel adalah 24 FKTP.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah FKTP sudah mempunyai ijin operasional dari Instansi yang berwenang, FKTP bermitra dengan BPJS lebih dari 1 tahun dan melayani peserta BPJS dari pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah, bukan pekerja dan penerima bantuan iuran (PBI). Kriteria eksklusi meliputi FKTP tidak bersedia ikut menjadi subyek penelitian, jumlah peserta yang terdaftar dalam FKTP kurang dari 500 peserta dan FKTP tidak ada kunjungan peserta BPJS pada 3 bulan terakhir.

Analisis data secara deskriptif, yang dilengkapi dengan pemikiran logis (*logical thinking*) dari pakar.

HASIL

Kesiapan FKTP sebagai Provider Pelayanan Kesehatan

Kondisi ketenagaan FKTP yang meliputi puskesmas, klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek disajikan pada tabel 1.

Rata-rata jumlah tenaga di puskesmas sebanyak 61,16 orang, di mana jumlah dokter rata-rata per puskesmas sebesar 3,83 orang, sedangkan dokter gigi antara 1,5 orang. Jumlah perawat dan bidan cukup banyak yakni 7,5 orang perawat (*range* 1-16) dan bidan sebanyak 9,67 orang (*range* 3-16) per puskesmas. Jumlah tenaga non keperawatan yaitu gizi, kesling, kesehatan masyarakat, asisten apoteker, analis dan tenaga kesehatan lainnya sebesar 14 orang sedangkan tenaga non kesehatan/administrasi sebanyak 18 orang (*range* 10-31). Dari aspek ketenagaan, jika ditinjau dari rasio tenaga dengan jumlah peserta JKN, dapat dikatakan bahwa puskesmas siap sebagai provider pelayanan peserta JKN.

Tabel 1. Rata-rata jumlah Tenaga di FKTP di 3 Kabupaten/Kota, Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2014

No	Jenis Tenaga	Puskesmas (n = 6)		Klinik Pratama (n = 6)		Dr praktek (n = 6)		Drg praktek (n = 6)	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dr umum	3,83	6,26	6,5	21,81	1,4	31,82	–	–
2	Dokter gigi	1,50	2,45	2,5	8,39	–	–	1,2	37,5
3	Perawat	7,50	12,26	4,2	14,09	1,0	22,73	1,0	31,25
4	Bidan	9,67	15,81	4,3	14,43	0,4	9,09	–	–
5	Non keperawatan	14,00	22,89	5,3	17,79	–	–	–	–
6	Tenaga Administrasi	17,83	29,15	2,8	9,40	1,0	22,73	1,0	31,25
7	Lain-lain	6,83	11,17	4,2	14,09	0,6	13,64	–	–
	Jumlah tenaga	61,16	100,0	29,8	100,0	4,4	100,0	3,2	100,0

Tenaga di klinik pratama rata-rata sebanyak 30 orang, dokter sebanyak 21,81%, tenaga kesehatan non keperawatan 17,79%, sedangkan dokter gigi sebanyak 8,39%. Tenaga keperawatan (perawat dan bidan) sebanyak 28,52%, tenaga administrasi 9,40% dan tenaga lain-lain sebesar 14,09%. Dari tabel tersebut dapat dikatakan jumlah dokter dan dokter gigi di klinik pratama lebih banyak dibandingkan di puskesmas. Klinik pratama di lokasi penelitian buka 24 jam, sedangkan puskesmas non rawat inap buka sesuai jam kerja. Dari aspek ketenagaannya, yang dilihat dari rasio tenaga kesehatan dengan peserta, maka klinik pratama juga siap untuk melayani peserta JKN.

Jumlah tenaga di dokter praktek perseorangan rata-rata 1,4 orang dokter, ada 1 orang perawat, 1 orang tenaga administrasi, ada bidan 0,4 orang dan total karyawan sebanyak 4,4 orang. Sedangkan di tempat praktek dokter gigi, rata-rata ada 1,2 dokter gigi, dan ada 1 orang perawat gigi dan 1 orang tenaga administrasi, dan total karyawan rata-rata di tempat praktek dokter gigi sebanyak 3,2 orang. Sesuai dengan analisis di puskesmas dan klinik pratama, maka ketenagaan di dokter dan dokter gigi praktek belum siap untuk melayani peserta JKN, dan bila melayani peserta maka persyaratan sebagai dokter keluarga harus dipenuhi.

Pemanfaatan Dana Kapitasi di FKTP

Mengingat catatan di Klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek tidak ada informasi secara terinci, maka pemanfaatan dana kapitasi secara rinci tahun 2014 dan 2015 hanya tercatat di puskesmas saja, pada tabel 2.

Jumlah penerimaan kapitasi per bulan tahun 2014 di puskesmas sebanyak Rp. 1.343.406.833 sebagian besar digunakan untuk jasa (39,86%) dan

lain-lain (40,49%) serta biaya operasional (18,59%) sedangkan tahun 2015 terbesar untuk jasa (38,58%) dan operasional (31,68%). Kegiatan promotif-preventif yang menggunakan dana kapitasi tahun 2014 sebesar 1,06% dan tahun 2015 naik menjadi 6,84%. Jika dilihat dari Permenkes No. 59 Tahun 2014 di mana dana kapitasi puskesmas untuk jasa maksimal adalah 60%, maka ada sisa dana kapitasi sebesar 60,14% tahun 2014 dan 61,42% tahun 2015 untuk tambahan operasional puskesmas. Tambahan dana operasional tersebut lebih besar dari ketentuan yang berlaku. Jumlah peserta dan pemanfaatan dana kapitasi di klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek swasta terlihat pada tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan jumlah peserta di puskesmas, klinik pratama, dokter dan dokter gigi praktek perseorangan mengalami kenaikan, yakni untuk puskesmas naik 2,46%, klinik pratama naik 12,59%, peserta pada dokter praktek meningkat hampir tiga kali dan dokter gigi meningkat 49,6%. Jumlah peserta PBI di puskesmas cukup banyak, yakni 90% dari peserta, sedangkan di klinik pratama tidak terlalu banyak (*range* 4-9%). Peserta PBI pada dokter praktek juga sedikit (0,09% dan 0,17%) sedangkan pada dokter gigi tidak ada peserta PBI. Kapitasi per peserta menurut Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif JKN sebesar Rp. 6.000,- untuk puskesmas, Rp. 10.000,- untuk klinik pratama, Rp. 8.000,- untuk dokter praktek dan Rp. 2.000,- untuk dokter gigi. Penerimaan kapitasi di FKTP juga mengalami peningkatan, proporsi penggunaan dana kapitasi untuk jasa di puskesmas, klinik pratama dan dokter gigi mengalami penurunan, sedangkan di dokter praktek mengalami peningkatan. Dari aspek kepesertaan dan dana kapitasi yang dikelola, disamping puskesmas dan klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek juga layak memberikan layanan pada peserta JKN.

Tabel 2. Rata-rata Pemanfaatan dana kapitasi di 6 Puskesmas, Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2014 dan 2015

Pemanfaatan dana kapitasi puskesmas	2014		2015	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Jasa	535.429.945	39,86	558.991.326	38,58
Promotif-preventif	14.243.231	1,06	99.067.581	6,84
Biaya operasional	249.803.267	18,59	459.002.057	31,68
Lain-lain	543.930.390	40,49	331.903.536	22,91
Jumlah dana kapitasi	1.343.406.833	100,00	1.448.964.500	100,00
Rata-rata peserta JKN	21.580		22.111	

Tabel 3. Peserta dan Pemanfaatan Dana Kapitasi di Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter dan Dokter Gigi praktek privat Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2014 dan 2015

No	Peserta dan Kapitasi	Puskesmas		Klinik Pratama		Dokter praktek		Drg praktek	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
1	Peserta JKN	21.580	22.111	9.329	10.504	2.104	6.064	3.871	5.791
	% peserta PBI	88,22	90,64	4,52	8,39	0,09	0,17	0	0
	% non PBI	11,78	9,36	95,48	91,61	99,91	99,83	100,0	100,01
2	Kapitasi peserta	6.000	6.000	9.600	9.600	8.000	8.000	2.000	2.000
3	Kapitasi (ribu)	1.343.406	1.448.964	22.396	30.087	176.604	361.796	60.157	102.574
	% untuk jasa	39,86	38,58	58,29	51,14	48,46	54,11	47,25	43,62
	% operasional	60,14	61,42	41,17	48,86	51,54	45,89	52,75	56,38

Pengembangan Indikator Insentif dan Disinsentif untuk KBK

Beberapa indikator yang digunakan dalam penentuan insentif dan disinsentif pelayanan kesehatan primer (puskesmas, klinik pratama, dokter/ dokter gigi praktek) diambil dari beberapa sumber, yaitu konsep *gate keeper*, yang meliputi kunjungan *first contact*, *comprehensiveness*, *continuity* dan *coordination*. Di samping itu, ditambah dengan indikator *performance* dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang meliputi jumlah *contact rate* di dalam/di luar gedung, *sustainability* prolansis, rasio peserta prolansis rutin, jumlah pasien yang berobat ke FKTP yang tidak ditunjuk, jumlah pelayanan pasien yang diberikan di luar standar, frekuensi *contact rate* komunikasi RJTP, jumlah pasien yang datang langsung ke rumah sakit, jumlah pasien yang tidak mendapat pelayanan dokter, FKTP dapat diakses 24 jam, jumlah pasien yang pindah ke FKTP lain dan jumlah rujukan kasus non spesialis.

Beberapa langkah yang dilakukan untuk menentukan skor penilaian indikator adalah sebagai berikut:

1. Masing-masing pimpinan FKTP (puskesmas, klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek) diminta menentukan urutan dari 15 indikator (urutan 1 yaitu sangat penting s/d urutan 15 sangat tidak penting).
2. Hitung nilai masing-masing indikator dengan mengurangkan angka 15 dengan skor yang dibuat FKTP (misalkan indikator X pada urutan ke2, maka skor untuk indikator X adalah 15-2 = 13).
3. Angka-angka skor indikator dari masing-masing FKTP dijumlahkan.
4. Gunakan rumus berikut untuk menentukan skor dari masing-masing FKTP, dan jumlahkan skor empat FKTP (puskesmas, klinik pratama, dokter/ drg praktek privat).

Rumus yang digunakan untuk mengurutkan skor indikator:

$$Total\ skor = \sum_{j=1}^n (Tj - 2Mj) + \sum_{k=1}^m (Tj - 2Mj) + \sum_{k=1}^k (Tj - 2Mj)$$

- di mana n = jumlah puskesmas
- m = jumlah klinik pratama
- k = jumlah dokter/dokter gigi praktek privat

Total skor yang diperoleh menunjukkan penjumlahan dari skor puskesmas, skor klinik pratama dan skor dokter/dokter gigi praktek privat. Dari urutan (ranking) skor dari masing-masing FKTP dibuat indek prioritas dengan menggunakan rumus:

$$Indek\ prioritas = \frac{Total\ urutan}{urutan\ Pusk \times urutan\ KP \times urutan\ dr/drg}$$

Dari hasil perhitungan diperoleh angka dari 15 indikator untuk puskesmas, klinik pratama, dokter/ dokter gigi praktek, yang terlihat pada tabel 4.

Dari tabel 4 menunjukkan bahwa pendapat dari puskesmas, klinik pratama dan dokter/ dokter gigi praktek privat berbeda-beda. Untuk itu digunakan skor total, dan urutan 5 (lima) besar adalah *comprehensiveness*, *sustainability* prolansis, *contact rate* di dalam/di luar gedung, kunjungan *first contact*, dan pelayanan di luar standar. Apabila dilihat dari indek prioritas maka urutannya adalah *comprehensiveness* (indek 8), *sustainability* prolansis (indek 7,5), kunjungan *first contact* (indek 3,08), *contact rate* di dalam/di luar gedung (indek 2,00), dan pelayanan di luar standar (indek 1,50). Jadi baik menggunakan total skor absolut dan indek prioritas hasilnya sama.

Tabel 4. Skor pendapat pimpinan puskesmas, klinik pratama dan dokter/dokter gigi praktek privat tentang indikator Insentif dan Disinsentif untuk KBK

No	Indikator	Puskesmas		Klinik Prat		Dr/drg		Total	
		Skor	Urut	Skor	Urut	Skor	Urut	Skor	Indek
1	Kunjungan <i>first contact</i>	41	13	62	3	84	1	187	3,08
2	Paripurna (<i>comprehensiveness</i>)	58	5	81	1	66	3	205	8,00
3	Keberlangsungan (<i>continuity</i>)	60	2	44	10	57	6	161	1,00
4	Koordinasi baik (<i>coordination</i>)	48	8	50	9	44	9	142	0,71
5	<i>Contact rate</i> dalam/luar gedung	56	6	69	2	63	5	188	2,00
6	<i>Sustainability</i> prolanis	65	1	61	8	73	2	199	7,50
7	Rasio peserta prolanis rutin	56	7	52	7	53	7	161	0,35
8	Berobat FKTP yang tidak ditunjuk	26	14	21	15	46	8	93	0,07
9	Pelayanan di luar standar	59	4	58	5	65	4	182	1,50
10	<i>Contact rate</i> komunikasi RJTP	45	9	53	6	36	10	134	0,22
11	Pasien datang langsung ke RS	45	10	24	14	13	15	82	0,06
12	Tidak dapat pelayanan dokter	16	15	30	11	21	14	67	0,05
13	FKTP dapat diakses 24 jam	44	11	62	4	36	11	142	0,25
14	Peserta pindah ke FKTP lain	42	12	28	12	28	13	98	0,06
15	Rujukan kasus Non spesialis	59	3	25	13	35	12	119	0,26
Total		720	120	720	120	720	120	2160	25,11

PEMBAHASAN

Kondisi FKTP layak sebagai provider pelayanan peserta JKN adalah puskesmas dan klinik pratama, sedangkan untuk dokter dan dokter gigi praktek perseorangan harus ditingkatkan lagi. Kompetensi yang harus dimiliki oleh penyedia layanan primer di FKTP pada program JKN adalah memiliki karakteristik yang sejalan dengan prinsip dokter keluarga, yaitu pelayanan tingkat pertama, bersifat personal, paripurna, menyeluruh, terpadu, berkesinambungan, koordinatif dan kerja sama, yang berorientasi pada keluarga dan komunitas, dan menjunjung etika dan hukum, pelayanan sadar biaya dan mutu, serta pelayanan yang dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan (Thabrany, Hasbullah. 2004).

Sistem pemberian insentif dan disinsentif sebenarnya sudah banyak dilakukan, baik dalam pemberian insentif dan disinsentif pada karyawan, juga sudah dilakukan untuk menekan biaya pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan Michelle Mello dan Meredith B Rosenthal dalam *New England Journal of Medicine* th. 2008 dari Harvard TH Scan, School of Public Health (Harvard TH Scan, 1986), mengemukakan bahwa 91% pekerja percaya bahwa dengan memberikan insentif dan disinsentif yang berupa perubahan perilaku hidup sehat akan menurunkan biaya pelayanan kesehatan. Range

dari insentif dan disinsentif akan mempengaruhi perawatan kesehatan jiwa yang digunakan untuk mengobati depresi dan anxiety. Ada 6 tipe insentif dan disinsentif yang dapat berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan depresi dan *anxiety* dalam pengobatan primer yaitu sikap dan kepercayaan, pelatihan dan *core competencies*, kepemimpinan, pengorganisasian, keuangan dan sistematik (Ashcroft R, 2014).

Mireille Kingma mengemukakan bahwa pengalokasian pembayaran, termasuk pembayaran berbasis kegiatan dan profit sharing yang menggunakan sistem insentif dan disinsentif akan mampu mencapai target yang ditetapkan seperti cakupan populasi, menurunkan pengeluaran. Strategi remunerasi seperti kapitasi, pembagian risiko finansial, fee-for-service maupun sistem penggajian akan berhasil bila menggunakan sistem insentif dan disinsentif dalam pembayarannya (Mireille Kingma, 2005). Besarnya biaya berhubungan dengan gaya hidup sehingga kasus-kasus penyakit akan meningkat, maka disarankan agar memberikan insentif dan disinsentif pada pasien yang mempunyai perilaku sehat melalui upaya pencegahan (Buttons, Sharing, 2011).

Pemberian insentif dan disinsentif juga diberlakukan dalam program JKN kepada FKTP yang berfungsi sebagai gatekeeper menggunakan

sistem kapitasi¹⁴. Kapitasi dibayar BPJS Kesehatan mengacu beberapa hal, seperti berapa banyak dokter yang bertugas, sarana dan prasarana serta waktu dalam memberikan pelayanan pada satu FKTP. Bentuk FKTP bisa berupa puskesmas, klinik pratama, dokter praktik perorangan (DPP) dan dokter gigi praktek perorangan. Untuk klinik pratama atau DPP, satu orang peserta dalam satu bulan besaran (norma) kapitasinya maksimal Rp 8.000 sampai Rp 10.000, dan puskesmas Rp 6.000, sedangkan untuk dokter gigi praktek perseorangan Rp. 2000,-. Melalui sistem kapitasi, fasilitas kesehatan primer dituntut bukan hanya mengobati peserta BPJS Kesehatan, tetapi juga memberikan pelayanan promotif dan preventif (BPJS Kesehatan, 2015).

Tarif kapitasi dapat dicapai maksimal (penetapan norma/besaran kapitasi diawal sesuai hasil *kredensialing/rekredensialing*, dan akan sangat dinamis sesuai pemenuhan komitmen pelayanan/pencapaian kinerja berdasarkan indikator kapitasi berbasis komitmen pelayanan). Dibutuhkan komitmen pelayanan oleh FKTP yang berdampak kepada tarif kapitasi yang disesuaikan dengan hasil komitmen tersebut. Apabila telah maksimal, dapat diberikan *reward* peningkatan kompetensi sesuai kebutuhan FKTP tersebut.

Penerapan pembayaran KBK sebenarnya sudah dimulai tahun 2015, berdasarkan Peraturan BPJS No. 2 Tahun 2015, dan ditindaklanjuti dengan Surat Edaran Bersama (SEB) Nomor 1 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan dan Pemantauan Penerapan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada FKTP (BPJS Kesehatan, 2016), yang menggunakan 3 (tiga) indikator yaitu: (1) angka kontak komunikasi, (2) rasio rujukan rawat jalan non spesialis, (3) rasio peserta prolans (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) rutin berkunjung ke FKTP dan sejak tahun 2016 ditambah dengan 1 (satu) indikator lagi yaitu (4) Indikator tambahan rasio kunjungan rumah (RKR). Dalam indikator tersebut ada zona aman dan zona nyaman. Jika berada di bawah zona aman, maka FKTP mendapat pengurangan kapitasi menjadi 75% dari yang ditetapkan, dan bila di atas zona aman, maka FKTP akan menerima 100% kapitasi sesuai aturan yang berlaku, dan bila indikator tersebut berada di atas zona prestasi, pembayarannya 115% dari kapitasi (BPJS Kesehatan, 2016).

Fungsi *gatekeeper* pada FKTP belum intensif dilakukan oleh FKTP, sehingga jumlah yang dirujuk

cukup banyak (Budiarto, Wasis dan Lusi Kristiana, 2014), tetapi penentuan indikator kapitasi yang berbasis pemenuhan komitmen pelayanan kesehatan pada FKTP harus mengacu pada indikator dari 4 fungsi *gate keeper*, yakni kontak pertama (*first contact*), pelayanan berkelanjutan (*continuity*), pelayanan paripurna (*comprehensiveness*) dan koordinasi pelayanan (*coordination*) (BPJS Kesehatan, 2013).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan indikator yang sesuai dengan fungsi *gatekeeper* pada FKTP dan variabel evaluasi FKTP oleh BPJS, yaitu *comprehensiveness*, sustainability prolans, kunjungan *first contact* ditambah dengan indikator *contact rate* pelayanan di dalam dan di luar gedung dan pelayanan di luar standar BPJS. Di sini menunjukkan bahwa fungsi *gate keeper* harus dipenuhi oleh FKTP karena indikator yang dipakai dalam penentuan besarnya kapitasi merujuk pada fungsi *gate keeper* tersebut.

KESIMPULAN

Dari beberapa pembahasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa dari aspek ketenagaan FKTP puskesmas dan klinik pratama siap sebagai provider pelayanan peserta JKN, sedangkan dokter dan dokter gigi praktek perseorangan perlu perbaikan dan penilaian kembali (*credentialing*) sehingga layak sebagai provider BPJS Kesehatan. Prosentase peserta PBI di klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek perseorangan masih sangat kecil, sehingga perlu sosialisasi kepada peserta.

Pemanfaatan dana kapitasi di FKTP sebagian besar digunakan untuk jasa, dan dari aspek kepesertaan dan kapitasi yang diterima, semua FKTP siap dan mampu memberikan layanan peserta.

SARAN

Indikator yang digunakan untuk menilai kapitasi di FKTP baik menggunakan total skor dan indek prioritas adalah *comprehensiveness*, sustainability prolans, kunjungan *first contact*, *contact rate* pelayanan di dalam dan di luar gedung dan pelayanan di luar standar BPJS. Maka disarankan untuk melakukan pengembangan perhitungan dengan menggunakan kelima indikator tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiyanto, Tonang Dwi. 2016. Norma Kapitasi dan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan. Tersedia pada: Kompasiana, <http://www.kompasiana.com/tonangardiyanto/norma-kapitasi-dan-kapitasi-berbasis-komitmen-pelayanan-1>. [Diakses 2 Januari 2017]
- Ashcroft R, Silveira J, Rush B, Mckenzie K. 2014. Incentives and disincentives for the treatment of depression and anxiety: a scoping review. *Can J Psychiatry*. 59(7): 385–92. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25007422>.
- Bhattacharyya, Karabi, Peter Winch, Koren Le Bau, Marie Tun, (s.a). *Community Health Worker: Incentives and Disincentives: How they Affect Motivation, Retention and Sustainability*. Available at: http://www.ghdonline.org/upload/community_health_worker
- BPJS Kesehatan. 2013. *Panduan Praktis Gatekeeper Concept Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta.
- BPJS Kesehatan. 2015. *Peraturan BPJS Nomor 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan pembayaran Kapitasi berbasis Pemenuhan Komitmen pelayanan pada FKTP*. Jakarta.
- BPJS Kesehatan. 2016. *Surat Edaran Bersama (SEB) Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan Nomor HK.03.03/IV/053/2016 dan Nomor 1 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan dan Pemantauan Penerapan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada FKTP*. Jakarta.
- Budiarto, Wasis dan Lusi Kristiana. 2014. Pemanfaatan dana kapitasi oleh FKTP dalam penyelenggaraan JKN, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(4), p. 437–445
- Buttons, Sharing. 2011. *The role of financial incentives in Preventive Health*.
- Cascio, Wayne F. 1995. *Managing Human Resources, Productivity, Quality of Work Life, Profit*, fourth edition. USA, McGraw-Hill.
- Gorda, IGN. 2004, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Penerbit STIE Singaraja, Satya Dharma.
- Harvard TH Scan, School of Public Health. 2009. *Employee wellness programs prod workers to adopt healthy lifestyles*. Available at: https://www.hsph.harvard.edu/news/magazine/winter09health_incentives/ [Accessed 3 Agustus 2016].
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. *Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta.
- Koontz, Harold & Cyril O'Donnel & Heinz Weihrich. 1986. *Manajemen*. Jilid 2. Terjemahan: Gunawan Hutaaruk. Jakarta, Erlangga. Tersedia pada: http://www.whpa.org/incentives_system_forhealthcareprofessionals, [diakses 12 Sept 2016].
- Murti, Bisma. 2010. *Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, Makalah disampaikan pada Temu Ilmiah Reuni Akbar FK UNS 27 Nov 2010.
- Mireille Kingma. 2005. *Can Financial Incentive Influence Medical Practice? Nursing and Health Policy International Council of Nurses Geneva, Switzerland*.
- Thabrany, Hasbullah. 2004. *Jaminan Kesehatan Nasional Dalam SJSN*. [Online] Tersedia pada: <http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/MengapaperluAskesnas.pdf> [Diakses 13 Mei 2013]
- Tom O'Brien. 2015. *Incentives system for health care professionals* Available at: [http://www.whpa.org/incentives_system_for health care professionals](http://www.whpa.org/incentives_system_for_health_care_professionals).