

Telaah Artikel: Implementasi Sistem Pembayaran Kapitasi pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Strategi dalam Mengatasi Kesenjangan Pelayanan Kesehatan

(Review Article: The Implementation of Capitation System in National Health Insurance as The Strategy to Overcome the Inequalities in Health Services)

Alia Istiqomah¹, Irene Putri Jayanti¹, Ratih Wijayanti¹, Fahmi Hidayatullah¹, Fitri Diah Oktadewi²

¹ Program Studi Profesi Dokter Gigi, Fakultas Kedokteran, Universitas Jenderal Soedirman, Indonesia

² Bagian Ilmu Kedokteran Gigi Masyarakat dan Pencegahan Jurusan Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran, Universitas Jenderal Soedirman, Indonesia

Abstrak

Program JKN membuat perubahan pola pembiayaan kesehatan di Indonesia dari sistem *fee for service* menjadi pembayaran kapitasi. Sistem kapitasi diharapkan dapat mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan sendiri dan mengatasi kesenjangan pelayanan kesehatan. Tujuan dari penulisan artikel ini untuk menelaah implementasi sistem pembayaran kapitasi dalam mengatasi kesenjangan pelayanan kesehatan. Meskipun pelaksanaan JKN di Indonesia membantu pemerataan pelayanan kesehatan namun terdapat persoalan yang juga cukup banyak dalam mengimplementasikan JKN dengan sistem kapitasi antara lain belum semua penduduk tercakup menjadi peserta, ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, serta manajemen dana kapitasi, monitoring, sistem rujukan yang belum optimal, dan kondisi geografis yang bervariasi menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara kelompok masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat seharusnya tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja melainkan dapat melakukan hal yang lebih penting seperti melakukan upaya-upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan. Sistem pembayaran kapitasi merupakan sistem yang paling efektif untuk menyelesaikan masalah kesenjangan pelayanan kesehatan meskipun dalam pelaksanaannya masih belum optimal dan terdapat beberapa kekurangan yang masih dapat diperbaiki.

Kata Kunci: jaminan kesehatan nasional, kapitasi, pelayanan kesehatan

Abstract

National Health Insurance program changed the pattern of health financing in Indonesia from fee to service system to capitation system. The capitation system is expected to reduce the risk of the community's own health costs and overcome inequalities of health services. The purpose of this literature review is to analyze the implementation of capitation payment system in overcoming health services problems. Although the implementation of NHI in Indonesia helps to equalize health services, there are quite number of problems in implementing NHI with the capitation system, among others, not all of the population is covered as participants, inequality of health facilities, varied quality of health services, health human resources, and management of capitation funds, monitoring, non-optimal referral systems, and varied geographic conditions had potential for widening health inequalities between community groups. Public health services should not only focus on treating individuals who are sick, but can do more important things such as making efforts to prevent and improve health. The capitation payment system is the most effective system for solving health services problems even though its implementation still not optimal and there are several shortcomings that can be fixed.

Keywords: capitation, health services, national health insurance

Korespondensi (Correspondence) : Ratih Wijayanti, Kedokteran Gigi, Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto. Jl. Dr. Soeparno, Kampus Karangwangkal Gedung E, Karang Bawang, Grendeng, Kec. Purwokerto Utara, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah 53122. Email: ratihwijayanti24@gmail.com

Bidang kesehatan terus dilakukan pembangunan dan pengembangan secara nasional dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat.¹ Beberapa masalah utama kesehatan gigi dan mulut berdasarkan Survei Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 adalah karies dengan prevalensi sebesar 88,8%, karies akar dengan prevalensi 56,6%, periodontitis dengan prevalensi 74,1%.² Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dapat diperoleh oleh masyarakat pada fasilitas kesehatan yang tersedia seperti puskesmas.³ Pelayanan kesehatan gigi dan mulut tidak dapat dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Indonesia mengalami perubahan sistem

pembayaran dari sistem *fee for service* menjadi sistem kapitasi dengan mencanangkan program jaminan kesehatan nasional (JKN) sejak 1 Januari 2014.⁴

Sistem *fee for service*, menerapkan pembayaran berdasarkan volume layanan yang telah diberikan oleh dokter. Program JKN merupakan program pemerintah dalam bidang kesehatan yang berwujud BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. JKN menjadi salah satu upaya penjaminan kesehatan yang menjawab permasalahan akses pada pelayanan kesehatan yang belum terdistribusi secara merata di Indonesia.^{4,5} Pembayaran dengan sistem kapitasi menerapkan pembayaran

sejumlah uang tetap di awal kepada dokter berdasarkan jumlah pasien yang terdaftar dalam prakteknya dan dalam jangka waktu tertentu dokter berkewajiban untuk memberikan pelayanan primer. Pasien yang telah mengikuti program JKN memiliki hak mendapatkan pelayanan tanpa biaya tambahan, termasuk juga pada pelayanan gigi dan mulut.⁴

Tujuan JKN yaitu untuk memastikan keseluruhan masyarakat mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan kualitas yang baik dan efektif dan untuk memastikan bahwa seluruh layanan kesehatan dapat mencakup orang-orang yang kesulitan secara finansial.⁶ Pada tahun 2014, sebanyak 86,4 juta jiwa memenuhi syarat sebagai penerima bantuan iuran (PBI). Anggaran pemerintah untuk premi JKN pada 86,4 juta jiwa mencapai Rp 19,9 triliun.⁷ Pada tahun 2019, estimasi jumlah penduduk sekitar 268 juta jiwa sehingga jumlah anggaran meningkat 3 kali lipat.⁸

Sistem kapitasi mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri (*out of pocket*) dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Sistem kapitasi merupakan pembiayaan kesehatan yang ditanggung bersama-sama secara gotong royong oleh seluruh peserta dengan besaran tetap sehingga tidak memberatkan secara perorangan.⁹ Persoalan yang juga cukup banyak muncul dalam implementasi JKN dengan sistem kapitasi adalah belum semua penduduk tercakup sebagai peserta, distribusi pelayanan kesehatan yang belum merata, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sistem rujukan dan pembayaran yang belum optimal, ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, sumber daya manusia (SDM) kesehatan dan kondisi geografis yang variatif menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara kelompok masyarakat.^{10,11}

Tujuan dari penulisan artikel ini adalah untuk mengetahui implementasi sistem pembayaran kapitasi dalam mengatasi kesenjangan pelayanan kesehatan gigi.

TINJAUAN PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Pasal 2 mengatakan bahwa tarif pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) meliputi tarif kapitasi dan non kapitasi.¹²

Definisi Kapitasi

Sistem kapitasi berarti cara perhitungan berdasarkan jumlah peserta yang terikat dalam kelompok tertentu, sistem pembayaran ini

dilakukan dengan cara menerima pembayaran atas dasar jumlah jiwa yang ditanggung. Pembayaran kapitasi merupakan salah satu pembayaran prospektif yaitu pembayaran yang disetujui dan dilakukan lebih lanjut sebelum jasa dilakukan tanpa memperdulikan berapa biaya aktual yang dikeluarkan oleh penyedia layanan kesehatan.⁹

Pada sistem kapitasi di Indonesia, FKTP akan menerima pembayaran per bulan dari BPJS Kesehatan yang dibayar di muka berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.¹²⁻¹⁵ Kapitasi secara singkat berdasarkan beberapa definisi di atas adalah metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu (biasanya bulan), untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu tertentu. Kapitasi didasarkan atas jumlah tertanggung (orang yang dijamin atau anggota) baik anggota itu dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya ditetapkan dan umumnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan di pusat pelayanan kesehatan tersebut.¹⁶

Pelayanan yang Diberlakukan untuk Sistem Kapitasi

Sistem pembayaran kapitasi digunakan pada FKTP, sementara sistem pembayaran INA CBG's (*Indonesia Case Based Groups*) digunakan pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dalam program JKN. FKTP dalam sistem kapitasi dituntut bukan hanya mengobati peserta tetapi juga memberikan pelayanan promotif dan preventif. Pelayanan yang diberlakukan pada FKTP meliputi administrasi pelayanan, promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialis, baik operatif maupun non operatif, obat dan bahan medis habis pakai, serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.¹²

Standar Besaran Tarif Kapitasi

Besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP telah melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan yang mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan.¹² Di Indonesia, data yang tersedia terbatas sehingga Faskes, Kemenkes, dan BPJS tidak dapat menggunakan data realistik untuk menghitung biaya kapitasi.

Besaran iuran kapitasi dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Angka kapitasi (PAPB)} = \frac{\frac{\text{angka utilisasi}}{\text{jumlah peserta}} \times \text{biaya satuan}}{12 \text{ bulan}}$$

Besaran angka kapitasi sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (benefit) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan. Angka utilisasi adalah tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki sebuah FKTP dalam satu tahun. Angka utilisasi pada FKTP dapat diketahui dari berbagai laporan dari FKTP itu sendiri atau Susenas dan Dinas Kesehatan setempat. Biaya satuan atau *unit cost* merupakan biaya rata-rata untuk setiap jenis pelayanan pada kurun waktu tertentu. Jumlah peserta merupakan jumlah peserta yang terdaftar dalam suatu FKTP.¹⁷

Mekanisme Pembayaran Kapitasi

Sistem pembayaran dengan pihak ketiga merupakan sistem pembayaran antara pedagang, penjual, dan agen. Pihak ketiga berfungsi sebagai agen antara pedagang dan penjual. Sistem ini dilakukan dengan cara pembeli membayar iuran kepada agen yang dibayarkan secara tetap dan periodik sesuai dengan kesepakatan kedua belah pihak dan pedagang akan mensuplai kebutuhan dari pembeli.¹⁸ Salah satu contoh dari sistem pembayaran dengan pihak ketiga yaitu sistem kapitasi. Dalam program JKN, yang menjadi pihak ketiga yaitu BPJS Kesehatan. Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan.

Peserta BPJS Kesehatan terbagi menjadi 2 yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Peserta PBI terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu. Iuran untuk peserta PBI dibayarkan oleh pemerintah. Peserta Non PBI terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP).¹⁹ Bagi peserta PPU, pembayaran iuran sebesar 5% diambil dari gaji atau upah per bulan, adapun ketentuannya 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta. Peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 ditetapkan besaran iuran bagi peserta Non PBI, yakni peserta PBPU dan BP terbagi menjadi 3 kelas yaitu Kelas 1 sebesar Rp 150.000, Kelas 2 sebesar Rp 100.000, dan Kelas 3 sebesar Rp 42.000. Khusus untuk peserta kelas 3 hanya membayar iuran sebesar Rp. 25.500 karena pemerintah memberikan bantuan sebesar Rp.16.500.²⁰

Iuran wajib dibayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Dana kapitasi langsung

dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah. Dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan tiap FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi.^{13,14}

METODE

Penelitian ini dibuat dalam metode penelitian *literatur review* yang mana memberikan *output* terhadap data yang ada, serta penjabaran dari suatu penemuan sehingga dapat dijadikan suatu contoh untuk kajian penelitian dalam menyusun atau membuat pembahasan yang jelas dari isi masalah yang akan diteliti. Penelitian dilakukan dengan pencarian data atau bahan literatur dari jurnal atau artikel serta referensi dari buku sehingga dapat dijadikan suatu landasan yang kuat dalam isi atau pembahasan. *Literature review* yang dilakukan termasuk sebagai telaah literatur sederhana yang dilakukan melalui beberapa tahap yaitu penentuan judul dan rumusan masalah, telusur jurnal, evaluasi argumentasi jurnal, pembuatan dan penyajian argumenasi dalam bentuk manuskrip.

PEMBAHASAN

1. Kelebihan Sistem Kapitasi

Kelebihan dari sistem kapitasi antara lain fasilitas pelayanan kesehatan mendapatkan kepastian adanya dana dan pasien, pelayanan kesehatan lebih mudah untuk menyusun anggaran belanja, *medical history* pasien lebih mudah diketahui, penanganan medis tidak dipengaruhi oleh keuntungan ekonomi, serta upaya promotif dan preventif lebih ditekankan.^{4,17}

2. Kelemahan Sistem Kapitasi

Kelemahan dari sistem kapitasi antara lain sering terjadi *undertreat* (menekan pasien untuk keuntungan) dan *under utilization* (pengurangan layanan yang diberikan), pelaksanaan mekanisme rujukan berjenjang belum berjalan baik, apabila FKTP memiliki tujuan untuk mengurangi anggaran berjalan keterlaluannya maka pasien akan terlantar, adanya potensi *fraud* atas diperbolehkannya perpindahan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari puskesmas ke FKTP swasta, serta waktu tunggu pasien lebih panjang.^{4,17,21}

3. Peran Sistem Kapitasi dalam Mengatasi Kesenjangan Pelayanan Kesehatan Gigi

Pelayanan kesehatan di Indonesia menjadi lebih baik dan sesuai harapan semenjak diberlakukan sistem kapitasi yang digunakan pada program JKN. Seluruh masyarakat lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan

sehingga kebutuhan dasar kesehatannya dapat terpenuhi. Pada tahun 2019, peserta program JKN mencapai 221.580.743 jiwa, penambahan peserta mencapai 12-14 juta jiwa tiap tahunnya. Pemanfaatan JKN terlihat dari jumlah kunjungan yang meningkat setiap tahunnya. FKTP tiap harinya rata-rata mendapatkan 400.000 kunjungan sedangkan rumah sakit sebanyak 26.000-27.000 kunjungan per hari.²² Melihat kenyataan peningkatan pelayanan JKN yang cukup tinggi menunjukkan bahwa program JKN menjawab kebutuhan masyarakat Indonesia dalam pelayanan kesehatan sehingga JKN harus dijaga sebagai program yang berkelanjutan.

Beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang menjadi peserta PBI JKN menjadi lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Dalam pelayanan administrasi, prosedur yang ditetapkan mudah dan tidak berbelit-belit, petugas administrasi tidak membedakan status pasien serta memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti. Kelengkapan sarana dan prasarana pendukung pelayanan kesehatan juga sudah cukup baik, kelengkapan sarana dan prasarana disesuaikan dengan tingkat pelayanan kesehatan.²³ Kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan dalam sistem kapitasi menyebabkan perubahan kebiasaan masyarakat menjadi ke arah yang lebih baik yaitu menjaga kesehatan gigi dan mulut.²⁴ Apabila dilihat lebih lanjut terjadi peningkatan utilisasi kunjungan gigi pada tahun 2017 menjadi berkisar antara 2,3 - 3,5%, dimana angka utilisasi gigi yang ideal minimal yaitu 2%. Angka utilisasi gigi lebih dari 3% menunjukkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut berada dalam kategori tinggi.²⁵

4. Masalah Sistem Kapitasi di Indonesia

Meskipun pelaksanaan JKN di Indonesia membantu pemerataan pelayanan kesehatan namun program JKN masih belum optimal karena beberapa faktor yaitu belum semua penduduk tercakup menjadi peserta, pembayaran iuran kapitasi yang terhambat, ketersediaan fasilitas kesehatan yang tidak merata, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, serta manajemen dana kapitasi, monitoring, dan sistem rujukan yang belum optimal. Ketidakerataan peserta JKN memiliki keterkaitan dengan status ekonomi masyarakat. Pada seseorang yang memiliki penghasilan yang baik maka akan lebih mempersiapkan untuk asuransi keluarga termasuk asuransi kesehatan, mereka bersedia membayar lebih untuk asuransi kesehatan namun sebaliknya bagi mereka yang memiliki penghasilan kecil akan sangat mempertimbangkan untuk memiliki asuransi.²⁶ Untuk menanggulangi hal ini, baiknya pemerintah melakukan pendataan secara

merata pada masyarakat di desa untuk mengetahui pendapatan mereka sebagai bukti kelayakan menjadi anggota JKN. Hambatan lain yang berkaitan dengan peserta JKN yaitu pengumpulan premi yang tersendat karena banyak peserta yang tidak tertib dalam waktu pembayaran iuran pada pihak ketiga yaitu BPJS Kesehatan sehingga membuat BPJS Kesehatan cukup kewalahan untuk membayarkan tarif kapitasi tepat waktu kepada FKTP.²⁷

Kondisi geografis negara Indonesia menjadi salah satu alasan distribusi pelayanan kesehatan belum merata.¹⁹ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2014 mengungkapkan bahwa saat ini upaya penguatan fasilitas serta sarana dan prasarana di pelayanan kesehatan tingkat pertama masih dilakukan. Ketersediaan sarana dan prasarana menjadi tantangan strategis pelayanan kesehatan primer dalam pelaksanaan program JKN karena sarana dan prasarana merupakan syarat untuk mendukung pelaksanaan program. Beberapa FKTP terutama puskesmas masih belum memiliki sarana prasarana yang memadai.²⁸ Ketersediaan sarana dan prasarana tersebut dapat menjadi hambatan bagi dokter gigi sebagai pelayan kesehatan di FKTP terutama puskesmas apabila sarana dan prasarana tidak mendukung dan dapat menjadi bukti fisik kualitas pelayanan FKTP tersebut.^{29,30} Kesiapan *stakeholder* atau penyelenggara program seperti Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Daerah juga berperan dalam mendukung keberhasilan terselenggaranya program JKN terutama pada tersedianya sarana dan prasarana.³¹

Pemanfaatan dana kapitasi antar puskesmas ditemukan adanya ketidaksesuaian. Dana kapitasi besar akan membuat puskesmas lebih leluasa mengelolanya sedangkan puskesmas dengan dana kapitasi kecil lebih sulit melakukan penganggaran karena lingkungannya sangat terbatas. Puskesmas dengan dana kapitasi besar lebih dapat memenuhi tujuan kebijakan UHC menurut WHO yaitu kualitas layanan terhadap peserta.³² Beberapa hal yang memiliki kesamaan antara puskesmas dengan dana kapitasi besar maupun dana kapitasi kecil, yaitu angka rujukan tinggi, tidak bisa mengangkat pegawai, kurangnya pengadaan obat-obatan karena mekanisme pengadaan *online* yang belum maksimal, kontribusi terhadap capaian indikator rendah dan belum pernah ada survei kepuasan oleh kabupaten ataupun Kementerian Kesehatan. Pemanfaatan dana kapitasi masih terkendala dengan banyaknya puskesmas yang tidak melakukan proses perencanaan sesuai dengan mekanisme pada aturan yang berlaku yaitu Permenkes 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.³³

Hambatan yang dihadapi oleh puskesmas adalah terbatasnya sumber daya yang

memahami perencanaan, komitmen yang rendah dari kepala dan personil puskesmas terhadap perencanaan, belum maksimalnya dukungan pembinaan dari Dinas Kesehatan dan tidak adanya petunjuk pelaksanaan yang aplikatif di puskesmas. Secara teknis, hambatan dalam penyusunan perencanaan anggaran dana kapitasi yaitu adanya peruntukkan yang sama dari dua sumber anggaran yaitu kapitasi JKN dan BOK yang dapat membiayai upaya promotif dan preventif yang dapat menimbulkan potensi *overlapping* alokasi dana. Hambatan lain yang ada yaitu dana kapitasi yang terbatas, potensi sisa anggaran menumpuk dan regulasi yang ada tidak memungkinkan untuk mengalihkan porsi anggaran.

Sebagai salah satu FKTP, klinik pratama juga mengalami kesulitan dalam proses penganggaran dana. Meskipun tidak terkendala dalam penyediaan obat, namun hambatan pada sebagian besar klinik pratama yaitu pembangunan infrastrukturnya yang memakan biaya besar. Biaya operasional kesehatan lebih banyak tersedot untuk pembangunan infrastruktur.³⁴ Klinik pratama perlu melakukan penganggaran atau penyusunan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi sehingga diharapkan pengelolaan dana kapitasi efektif dan efisien supaya tujuan pelayanan kesehatan bisa tercapai. Mekanisme pengelolaan dana kapitasi JKN dari penganggaran sampai pertanggungjawaban hanya diketahui oleh pemilik klinik pratama. Meskipun demikian, BPJS Kesehatan sebagai penyedia dana kapitasi juga perlu melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala penyelenggaraan dana kapitasi JKN pada FKTP.³⁵

Salah satu risiko dari pembayaran kapitasi yaitu dapat menyebabkan meningkatnya angka rujukan fasilitas kesehatan tingkat pertama ke tingkat yang lebih tinggi atau tingkat spesialis, sehingga ini dapat menyebabkan efisiensi biaya perawatan yang rendah karena dengan mengirimkan pasien ke spesialis, dokter di layanan primer tidak perlu melakukan perawatan, namun tetap mendapat biaya kapitasi. Penelitian yang dilakukan pada klinik Firdaus Yogyakarta menunjukkan tindakan gigi yang banyak dilakukan oleh dokter gigi yaitu konsultasi yang berjumlah 1.125 tindakan di tahun 2017, padahal apabila dilihat dari data diagnosis terbanyak merupakan penyakit gigi dan mulut yang perlu dilakukan tindakan, namun tindakan gigi terbanyak justru hanya konsultasi tanpa melakukan perawatan.⁴ Untuk menanggulangi angka rujukan yang meningkat, sistem kapitasi pada JKN menerapkan konsep *managed care* yaitu sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan.

Pada pendekatan *managed care*, terdapat fungsi *gatekeeper* dimana setiap

dokter menentukan apakah rujukan ke spesialis gigi diperlukan atau tidak. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 menegaskan bahwa setiap FKTP wajib menguasai 155 diagnosis non-spesialistik.³⁶ Dengan demikian, perawatan ataupun pengobatan lanjutan di FKTL hanya ditujukan kepada para peserta yang benar-benar tidak dapat ditangani oleh FKTP. Dalam implementasinya, FKTP belum sepenuhnya dapat dijadikan sebagai penopang utama program JKN sehingga terjadi tingkat rujukan yang cukup tinggi dari FKTP untuk diteruskan pengobatannya ke FKTL. Hal ini pada umumnya disebabkan faktor-faktor non teknis medis.

5. Sistem Pembayaran Kapitasi di Negara Lain

Pada tahun 2002, Thailand telah mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai sistem kesehatan di negaranya, sebanyak 99% masyarakatnya dilindungi sistem pelayanan rujukan seperti di Indonesia yang juga diterapkan oleh Thailand. Implementasi UHC di Thailand membutuhkan SDM berkualitas yang bekerja sepenuh hati sehingga layanan yang diberikan untuk masyarakat dapat maksimal.³⁷ Salah satu permasalahan di Indonesia seperti masih kurangnya tenaga kesehatan dapat diperbaiki dengan mempelajari atau mengadopsi sistem kesehatan di negara-negara yang sudah maju maupun negara berkembang lainnya, sehingga JKN di Indonesia dapat menjadi upaya kesehatan yang optimal dalam mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya. Sebagai contoh, pemerintah Thailand mempersiapkan kader-kader tenaga kesehatan dengan membuka lowongan tenaga kesehatan untuk bekerja di pedesaan dan menyekolahkan putra daerah di fakultas-fakultas kesehatan, kemudian diminta untuk mengabdikan sebagai tenaga kesehatan di daerah asalnya dan pemerintah menyediakan insentif yang memadai sebagai bentuk dukungan.

Program JKN mengimplementasikan UHC yang merupakan suatu sistem kesehatan yang menjamin setiap warga memiliki akses kesehatan yang adil dan kualitas layanan terhadap peserta bermutu. Sistem kesehatan di Australia telah mencapai UHC. Berbeda dengan Indonesia, sistem pembiayaan kesehatan di Australia berasal dari pajak, sehingga pelayanan untuk masyarakat sama tidak ada perbedaan kelas premi. Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang didanai oleh pemerintah, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional universal. Sebagai perbandingan anggaran kesehatan Australia USD3.484 per kapita, sedangkan Indonesia masih sekitar USD100 per kapita. Pengeluaran kesehatan per kapita Indonesia tidak sampai separuh dari yang dikeluarkan masyarakat Filipina tahun 1997, sedangkan pendapatan per kapita Filipina tahun 2001

sebesar USD1.069 tidak lebih dari dua kali lipat dari PDB per kapita Indonesia yaitu USD 670.³⁸ Hal ini menunjukkan bahwa tingkat investasi Indonesia memang jauh lebih rendah dari tingkat investasi negara tetangga tersebut, sehingga dapat dimaklumi jika tingkat kesehatan Indonesia masih rendah.

Pengeluaran kesehatan Indonesia yang rendah diduga tidak mengalami kenaikan berarti selama dua puluh tahun terakhir. Banyak laporan menyampaikan bahwa pemerintah mempunyai kontribusi sebesar 20-30% dari pembiayaan kesehatan secara keseluruhan. Berbeda dengan pembiayaan kesehatan oleh sektor swasta yang pada umumnya menggunakan sistem *out of pocket* kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) mencapai 60%-70%. Permasalahan yang timbul dari pembiayaan kesehatan antara lain kurangnya dana dan adanya peningkatan dana. Kurangnya dana terjadi karena terdapatnya inefisiensi dalam pengelolaan pembiayaan dan alokasi dana yang salah. Peningkatan teknologi kedokteran sebagai penegak diagnosis (*evidence based*) yang menyebabkan konsekuensi biaya meningkat.³⁹

Besaran kapitasi masih terlalu rendah sehingga perlu dikaji ulang. Perhitungan yang dilakukan oleh PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia) besaran kapitasi yang sesuai adalah sebesar Rp3.208 sedangkan pemerintah menetapkan besaran kapitasi sebesar Rp2.000 sehingga dapat disimpulkan bahwa besaran biaya kapitasi masih perlu ditingkatkan⁴⁰. Pemerintah Indonesia sangat direkomendasikan untuk mengkaji ulang kebijakan paket manfaat dan jumlah kapitasi yang saat ini ditawarkan karena dinilai kurang sesuai antara pelayanan dan jumlah kapitasi yang diberikan. Apabila melihat sistem pembiayaan kesehatan di Australia dan Filipina, pemerintah Indonesia dapat lebih meningkatkan investasi dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Pelayanan kesehatan masyarakat seharusnya tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja melainkan juga fokus pada upaya-upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan sehingga bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas saja tetapi juga dalam bentuk kegiatan lain.⁴¹ Selain pemerintah, peran dokter gigi dalam pelaksanaan JKN tidak kalah penting. Pembayaran kapitasi memperkenalkan insentif bagi dokter untuk memenuhi kebutuhan kesehatan lebih banyak melalui pencegahan penyakit dan bukan pada perawatan.²⁹ Dokter gigi hendaknya lebih banyak melakukan tindakan promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut masyarakat. Peningkatan tindakan promotif dan preventif akan berpengaruh karena dapat mengurangi angka pasien yang datang sudah dalam kondisi sakit dan angka rujukan pasien

untuk dilakukan tindakan pada FKTL. Pasien yang datang dalam kondisi gigi yang sehat tentu tidak membutuhkan biaya perawatan yang tinggi sehingga dengan sehatnya masyarakat maka risiko keuangan yang ditanggung dokter akan menjadi minimal. Hal tersebut menyebabkan dokter gigi tidak merasakan kerugian yang cukup berarti apabila jumlah besaran kapitasi yang terlalu kecil.¹⁶

Sosialisasi yang belum optimal merupakan kendala yang menyebabkan masih banyaknya masyarakat belum mengetahui banyak mengenai program jaminan kesehatan ini.⁴² Pemahaman yang setara dari semua masyarakat dapat memberikan jaminan kelancaran pelaksanaan jaminan sosial karena realitanya masih banyak peserta yang belum sepenuhnya memahami konsep perawatan kesehatan program JKN.⁴³ Beberapa peserta masih beranggapan bahwa pengobatan di FKTL lebih baik sehingga menyebabkan para peserta program JKN datang ke FKTP hanya untuk mendapatkan surat pengantar FKTL. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada peserta, FKTP dapat melakukan sosialisasi manfaat program JKN dengan melakukan kerjasama dengan pihak lain seperti fasilitas pelayanan primer lain, instansi atau kantor dinas, dan badan usaha dalam penempatan media promosi agar keinginan untuk berobat ke FKTP meningkat.⁴⁴

Implementasi sistem pembayaran kapitasi merupakan sistem yang paling efektif untuk menyelesaikan masalah kesenjangan penyebaran pelayanan kesehatan meskipun terdapat kekurangan dalam pelaksanaannya. Pada FKTP perlu melakukan perencanaan anggaran tujuan pelayanan kesehatan bisa tercapai dan menerapkan pola manajemen keuangan agar pengelolaan dana kapitasi efektif dan efisien. BPJS Kesehatan sebagai penyedia dana kapitasi juga perlu melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala penyelenggaraan dana kapitasi JKN pada FKTP. Pelayanan kesehatan tingkat pertama seharusnya mulai dapat melakukan tindakan promotif dan preventif kesehatan gigi untuk meningkatkan kunjungan sehat dan menurunkan kunjungan sakit. Pasien yang datang dalam kondisi gigi yang sehat tentu tidak membutuhkan biaya perawatan yang tinggi sehingga dokter gigi dapat memenuhi kebutuhan kesehatan lebih banyak melalui pencegahan penyakit daripada tindakan perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kiswaluyo. Hubungan Karies Gigi dengan Umur dan Jenis Kelamin Siswa Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates dan Puskesmas Wuluhan

- Kabupaten Jember. *Stomatognatic (JKG Unej)*. 2010;7(1):26–30.
2. Raniah ANY, Dwiatmoko S, Hadnyanawati H. Pemanfaatan Sistem Informasi Geografis untuk Pemantauan Karies di Wilayah Kerja Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember (The Utilization of Geographic Information System for Dental Caries Monitoring in Working Area of Ambulu Community Health Center in Jember Regency). *Stomatognatic (JKG Unej) [Internet]*. 2020;17(1):8–19.
 3. Puspa Safitri R, Akhya Afida Misrohmasari E, Hadnyanawati H, Dwiatmoko S. Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut oleh Pasien ODHA di Puskesmas Puger dan Puskesmas Jember Kidul Tahun 2019 (The Utilization of Oral Health Services by PLWHA Patients in Primary Health Center of Puger and Jember Kidul in 2019). *Stomatognatic (JKG Unej)*. 2022;19(2):122–7.
 4. Heningtyas AH, Dewanto I. Dental Visit, Dental Diseases, and Dental Therapist Pattern in The Implementation of NHI at Private Clinics. *Journal of Indonesian Dental Association*. 2019;2(1):29–34.
 5. Adida E, Mamani H, Nassiri S. Bundled payment vs. fee-for-service: Impact of payment scheme on performance. *Manage Sci*. 2017;63(5):1606–24.
 6. Kutzin J. Health Financing For Universal Coverage And Health System Performance: Concepts And Implications For Policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):602–11.
 7. Nasional DJS. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. *DJSN*. 2012. 48 p.
 8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2013 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2014.
 9. Suhandana R. Jaminan Kesehatan Dan Managed Care. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 2015;15(2):104–13.
 10. Saputra M, Marlinae L, Rahman F, Rosadi D. Program Jaminan Kesehatan Nasional Dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015;11(1):32–42.
 11. Situmorang CH. Kesenambungan Pendanaan JKN-BPJS Kesehatan. *Jurnal Farmasi Indonesia*. 2016;8(1):356–69.
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pem.
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
 15. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja.
 16. Iwan D, Lestari, Naniek I. Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia; 2014.
 17. Hasbullah T. Jaminan Kesehatan Nasional. Depok: Raja Grafindo Persada; 2014.
 18. Wardhani AA, Agustin E. Kontrak Kapitasi Dalam Hukum Kontrak Indonesia. *Media luris*. 2018;1(2):215.
 19. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
 20. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan.
 21. Astuti ISW, Murti B, Probandari AN. Perbedaan Kualitas Pelayanan Berdasarkan Waktu Tunggu serta Rasio Rujukan Pasien Dokter keluarga. *Stomatognatic*. 2015;12(1):30–4.
 22. BPJS Kesehatan. Pemanfaatan Data JKN untuk Perbaikan Sistem Kesehatan di Indonesia (Utilization of JKN Data for Improving Indonesian Health System). *Info BPJS Kesehatan*. 2019;
 23. Putri NE. Efektivitas Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Bpjs Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kota Padang. *Tingkap*. 2014;X(2):175–89.

24. Strand J, Andås AC, Boman UW, Hakeberg M, Tiddefors I. A new capitation payment system in dentistry: the patients' perspective. *Community Dent Health*. 2015;32(2):83–8.
25. Darmawan IR, Hasbullah T. Refleksi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Kedokteran Gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Tangerang Tahun 2017. Vol. 6. *JKKI*. 2017. p. 174–83.
26. Johariyah. Analisis Keikutsertaan BPJS "Mandiri" Berdasarkan Status Ekonomi, Sikap dan Persepsi Atas Mutu Layanan. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*. 2016;7(2):20–33.
27. Kur'aini SN, Razak A, Daud A, Mallngi A. Economic status of community interest in membership of bpjs health in Duampanua district, Pinrang regency. *Open Access Maced J Med Sci*. 2020;8(T2):36–40.
28. Kiswaluyo. Pelayanan Kesehatan Gigi di Puskesmas (Studi Kasus di Puskesmas Sumber Sari). *J K G Unej*. 2012;10(1):12–6.
29. Luti I, Hasanbasri M, Lazuardi L. Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2012;01(01):24–35.
30. Sabrina Q. Kebijakan dan Manajemen Publik Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. *Kebijakan dan Manajemen Publik*. 2015;3(2):54–62.
31. Kurniawati W, Rachmayanti RD. Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN pada Pekerja Sektor Informal di Kawasan Pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2018;6(1):33.
32. Hasan AG, Adisasmitho WBB. Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jkn Pada. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*. 2017;6(03):127–37.
33. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
34. Ayuni Nur Afifah L, Pawelas Arso S, Yunila Fatmasari Administrasi dan Kebijakan Kesehatan E, Kesehatan Masyarakat F. Analisis Mekanisme Pengelolaan Dana Kapitasi Pada Klinik Pratama di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal) [Internet]*. 2019;7(4):683–94.
35. Ayuni L, Afifah N, Arso SP, Fatmasari EY. Analisis Mekanisme Pengelolaan Dana Kapitasi Pada Klinik Pratama Di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. 2019;7(4):683–94.
36. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer.
37. Putri RN. Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 2019;19(1):139.
38. Healy J, Dugdale P. *The Australian Health Care System*. Australia: The Australian University; 2013.
39. Trisnantoro L. *Trend Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2007. 7 p.
40. Dewanto I, Lestari NI. *Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta; 2014.
41. Kumala Dewi R. Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. 2015;16(2):39–55.
42. Widaty D. Analisis Pemenuhan Indikator Pembayaran Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2018;5(2):111.
43. Shihab AN. Hadirnya Negara Di Tengah Rakyatnya Pasca Lahirnya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (The Presence Of The State Among People After The Declaration Of Law Number 24 Year 2011 Concerning Social Security Administeri. *Jurnal Legislasi Indonesia*. 2018;9(2):175–90.
44. Suprianto A, Mutiarin D. Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Governance and Public Policy*. 2017;4(1):71–107.