

## **BAB IV. PERJALANAN ASURANSI KESEHATAN DAN SISTEM PEMBAYARAN KAPITASI DI INDONESIA**

**Chatila Maharani<sup>1</sup>, Intan Zainafree<sup>1</sup>, Nadia Syukria<sup>1</sup>, Sabrina  
Luthfi Tsuroyya<sup>1</sup>, Deva Amanda Putri<sup>1</sup>, Maulia Wahyu  
Nurkhasanah<sup>1</sup>, Via Afriyatin<sup>1</sup>, Florensia Indah Setyowati<sup>1</sup>,  
Alda Adiestya Rahmadhani<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Public Health, Faculty of Medicine, Universitas  
Negeri Semarang, Semarang, Indonesia

<sup>2</sup>Department of Health Policy and Management, Faculty of  
Medicine, Public Health, and Nursing, Gadjah Mada  
University, Yogyakarta, Indonesia  
chatila\_maharani@mail.unnes.ac.id

### **ABSTRAK**

Indonesia menjamin hak kesehatan penduduknya sesuai dengan amanat UUD 1945, melalui program Jaminan Kesehatan Nasional/JKN. Pembangunan kesehatan dilakukan seoptimal mungkin dengan tujuan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk itu, pelaksanaan program JKN dikawal penuh oleh pemerintah melalui badan hukum yang dibentuk yaitu BPJS Kesehatan, sebagai *gatekeeper*, FKTP mempunyai peran penting sehingga perlu sistem pembiayaan yang sesuai supaya mampu memenuhi kebutuhan yang ada. Sistem pembiayaan kapitasi merupakan sistem pembayaran prospektif praupaya pendanaan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP. Akan tetapi, masih terdapat kelebihan dan kelemahan dari penerapan sistem kapitasi tersebut. Untuk itu perlu dilihat bagaimana pelaksanaan sistem kapitasi di Indonesia. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengkaji kronologis penerapan dan evaluasi sistem pembayaran kapitasi (termasuk penerapan kapitasi berbasis komitmen) untuk memperbaiki

kesenjangan pelayanan kesehatan serta mengetahui perjalanan sistem pembayaran dari era ASKES hingga JKN. Metode yang digunakan dalam bab ini adalah *literature review*. Hasil *literature review* ini adalah kronologis sejarah asuransi kesehatan di Indonesia yang dimulai dari jaman kemerdekaan, adanya Jaminana Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), Jaring Perlindungan Sosial-Bidang Kesehatan (JPS-BK), Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bidkes), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat miskin (JPK-Gakin), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM)/Askeskin, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bab ini juga membahas mengenai jenis-jenis pembayaran pada fasilitas kesehatan secara prospektif dan restrospektif, serta membahas kelebihan dan kekurangan setiap jenis sistem pembayaran. Lebih khususnya, bab ini juga membahas mengenai kelebihan dan kelemahan dari pelaksanaan sistem kapitasi di Indonesia.

**Kata kunci:** BPJS Kesehatan, Kapitasi, JKN, Pembiayaan

## **PENDAHULUAN**

Kesehatan menjadi sebuah kebutuhan mutlak setiap individu. Pemerintah selaku penyelenggara kegiatan di sebuah negara berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bisa diakses oleh rakyatnya, termasuk masyarakat miskin dan rentan. Selain itu pelayanan kesehatan yang memadai dan bermutu wajib diselenggarakan pemerintah sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 dan diatur pelaksanaannya melalui UU Kesehatan (Presiden RI, 2023). Pemerintah Indonesia menyadari perlunya sistem supaya masyarakat Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa adanya kesulitan akses, termasuk kelompok masyarakat miskin dan rentan. Untuk itu Pemerintah Indonesia selama 30 tahun terakhir, membuat program-program terkait pembiayaan kesehatan dengan tujuan mempermudah akses

pelayanan kesehatan untuk berbagai kalangan masyarakat Indonesia.

Program terakhir yang sangat besar mengubah sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dicanangkan pada 1 Januari 2014. Program JKN telah mengubah model pembayaran kesehatan di Indonesia dari masyarakat, yang sebelumnya adalah *Out-of-Pocket* (OOP) dengan sistem *fee-for-service* (FFS) menjadi pembayaran kontribusi atau premium. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengatur bahwa penyelenggaraan program JKN berpedoman pada prinsip kesetaraan akses pelayanan kesehatan dan juga efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan tindakan penjaminan. Selain itu, prinsip pengendalian mutu dan biaya juga harus dilaksanakan sepenuhnya pada setiap tingkat pelayanan, dengan mempertimbangkan karakteristik pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan inefisiensi (Presiden RI, 2004). Salah satu upayanya adalah dengan menerapkan model pembayaran prospektif, yaitu kapitasi untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (Menteri Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017). Pelaksanaan sistem pembayaran kapitasi menimbulkan pro dan kontra serta perlu diukur dan dievaluasi efek dari sistem pembayaran kapitasi apakah memberikan hasil yang lebih baik atau justru sebaliknya. Sistem kapitasi juga menjadikan penyedia pelayanan kesehatan menanggung risiko biaya pelayanan kesehatan supaya lebih efisien. Oleh karena itu, perlu adanya ulasan lebih jauh mengenai asuransi kesehatan di Indonesia. Baik mengenai perjalanan jaminan kesehatan setelah kemerdekaan sampai dengan saat ini hingga sistem pembayaran yang dilakukan dari masa ke masa.

Metode yang digunakan dalam bab ini adalah *literature review* dengan cara menggunakan buku-buku referensi, regulasi atau peraturan-peraturan terkait, dan artikel penelitian mengenai asuransi kesehatan, jaminan sosial, sistem pembayaran dan implementasi sistem pembayaran kapitasi dan efek dari sistem pembayaran kapitasi tersebut.

## SEJARAH TERBENTUKNYA JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA

Jaminan Kesehatan diartikan sebagai cara pemerintah untuk menjamin atau memberikan kesehatan dengan cara peserta mendapatkan kebutuhan dasar dan pemeliharaan kesehatan. Jaminan ini diberikan untuk masyarakat yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dengan cara membayar iuran atau peserta yang ditanggung/dibayar iurannya oleh pemerintah (Presiden RI, 2013). Jaminan Kesehatan di Indonesia memiliki sejarah yang berliku dan panjang, tidak serta merta menjadi jaminan kesehatan nasional seperti saat ini. Ulasan mengenai terbentuknya jaminan kesehatan di Indonesia akan dibahas pada bagian berikut.

### 1. Jaminan Kesehatan era kemerdekaan

Pada masa penjajahan, terdapat peraturan mengenai jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil. Kemudian setelah Indonesia merdeka peraturan tersebut tetap diterapkan melalui skema asuransi kesehatan (*Askes*) (Guadiz-Padmohoedjo, 1995). Skema tersebut berupa pembayaran premi pegawai negeri sipil ke Kementerian Kesehatan, kemudian dana tersebut disalurkan kepada rumah sakit sebagai *provider* layanan kesehatan. Apabila mendapatkan perawatan di rumah sakit pemerintah, anggota (pegawai negeri sipil) tidak perlu membayar biaya perawatan yang diterima, sedangkan apabila mendapatkan perawatan di rumah sakit swasta, biaya perawatan akan diganti setelahnya. Tata cara pergantian biaya yaitu, anggota mengajukan klaim perawatan ke kantor pergantian biaya Kementerian Kesehatan (Kemenkes), kemudian verifikasi klaim oleh pengawas kesehatan provinsi. Kemudian data diajukan ke *State Exchequer Office* dan pergantian biaya dibayarkan Kemenkes. Sistem ini dapat berlangsung karena jumlah pegawai masih sedikit. Permasalahan yang terjadi dengan skema ini seperti besarnya biaya administrasi dan anggaran publik, belum tersedianya jaminan pensiun, serta adanya perilaku/karakter tidak jujur yang memicu frekuensi dan

keparahan kerugian dari pengajuan klaim tersebut (PAMJAKI, 2014b; Rokx et al., 2009).

## 2. Jaminan Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil Aktif, Pensiunan, Veteran dan Perintis Kemerdekaan

Setelah kemerdekaan, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) melalui penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 untuk pemeliharaan kesehatan pegawai negeri, pensiunan dan keluarganya. BPDPK bertugas mengelola dana kesehatan yang berasal dari pemotongan yang pada awalnya sebesar 5% gaji setiap pegawai negeri sipil dan pensiunan yang digunakan untuk iuran jaminan kesehatan (Presiden RI, 1968). Sistem pengelolaan dana ini disebut sistem pembiayaan pra-upaya yang sebelumnya pengelolaan jaminan kesehatan bersifat *out of pocket* dengan reimbursement. Selain itu terdapat bentuk lain pembiayaan pra-upaya yang pelaksanaannya secara berkelompok dengan swadaya masyarakat terutama masyarakat di pedesaan yang berupa Dana Sehat. Dana tersebut merupakan iuran masyarakat sebagai peserta yang digunakan untuk pemeliharaan kesehatan (Thabrany, 2000).

Sistem pembiayaan pra-upaya terus berkembang di Indonesia, pada tahun 1980an mulai diperkenalkan konsep Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Berdasarkan pengalaman dan berbagai penelitian mengenai sistem pembiayaan pra-upaya yang menggunakan klaim atau tagihan didapatkan fakta bahwa terjadi peningkatan biaya kesehatan, bahkan dikatakan pemborosan apabila hanya berfokus pada risiko keuangan saja tanpa mengelola keterpaduan pemeliharaan kesehatan. Oleh karena itu konsep DUKM mengubah dari pembayaran klaim/tagihan ke pembayaran kapitasi kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Perubahan tersebut mendorong PPK memberikan upaya tidak hanya kuratif saja melainkan promotif dan preventif juga turut dikembangkan sehingga dapat mendorong masyarakat untuk berperilaku sehat sekaligus dapat mengefisienkan biaya Kesehatan (Thabrany, 2000).

Setelah itu, status BPDPK berubah menjadi berbentuk Badan Usaha Milik Negara (BUMN) setelah sebelumnya berupa badan di bawah lingkungan Departemen Kesehatan. Perubahan tersebut diatur melalui Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984 dengan bentuk Perum Husada Bhakti (PHB) (Presiden RI, 1984a; Presiden RI, 1984a). Untuk memberikan jaminan perlindungan kesehatan untuk pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya pemerintah mengatur melalui Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991 (Presiden RI, 1991). PHB kemudian berubah status menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) dengan nama PT, Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 (Presiden RI, 1992a), dengan perubahan menjadi Persero maka PT Askes (Persero) mempunyai hak eksklusif untuk mengelola dana asuransinya sendiri untuk mendukung operasional administratif dan fungsional.

### 3. Jaminan Kesehatan Komersial dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja

PT. Askes (Persero) mulai memperluas cakupan pasar dan produknya dengan meluncurkan asuransi kesehatan komersial kepada BUMN, perusahaan swasta, dan masyarakat. Unit bisnis PT ASKES tersebut dimulai sejak 1992 bernama Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia (Inhealth) yang diselenggarakan dengan sistem managed care untuk perusahaan swasta, BUMN dan institusi pemerintahan (Mandiri Inhealth, 2024). Pada tahun yang sama, Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) mulai diperkenalkan untuk pekerja swasta dan pengusaha. Program ini diatur melalui Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 yang bertujuan memberikan santunan untuk tenaga kerja berupa sebagai pengganti sebagian pendapatannya yang hilang atau berkurang. Selain itu UU ini juga mengatur mengenai pelayanan untuk tenaga kerja sebagai akibat peristiwa atau keadaan. Ruang lingkup Jaminan sosial dalam undang-undang tersebut adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK), Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JK), Jaminan Hari Tua (JHT) (Presiden RI, 1992b) Sebagai pelaksana,

ditunjuklah PT Jasmsostek untuk menjalankan program-program tersebut (BPJS Ketenagakerjaan, 2021).

#### 4. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Pemerintah terus memperbaiki dan mengembangkan jaminan kesehatan, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, pasal 66 menyebutkan bahwa pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM). JPKM merupakan sebuah sistem penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang komprehensif yaitu berupa pelayanan kesehatan preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif yang memadukan pembiayaan dan pelayanan kesehatan serta memadukan hubungan Badan penyelenggara (Bapel), PPK dan peserta. JPKM dikelola secara *managed care* yang tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan pelaksanaan secara terpadu dengan pembiayaan praupaya, yang menggunakan asas usaha bersama dan kekeluargaan. (PAMJAKI, 2014a; Presiden RI, 1992c)

Sistem pembiayaan pra-upaya diterapkan pada program JPKM, peserta membayar iuran di muka kepada Bapel jaminan kesehatan. Kemudian Bapel membayar kepada PPK dengan sistem kapitasi. JPKM menjadi tonggak bersejarah diberlakukannya pembayaran kapitasi di Indonesia. Sistem ini mengharapkan semua pihak dapat merencanakan pelayanan dan mengelola risiko lebih baik. Utamanya PPK diharapkan dapat merencanakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dan berorientasi pada upaya preventif kepada masyarakat.

Terdapat beberapa pihak yang terkait dalam pelaksanaan program JPKM yang memiliki tugas dan kewenangan masing-masing, yaitu (Menteri Kesehatan RI, 1993).

##### 1) Badan Penyelenggara (Bapel) JPKM

Bapel bertugas untuk merencanakan paket pemeliharaan kesehatan berdasarkan kemampuan peserta; menghitung, mengumpulkan dan mengelola premi; mengadakan kontrak dengan PPK dengan sistem pembayaran kapitasi; memonitor dan mengevaluasi pelayanan kesehatan

yang diberikan PPK dan menerima, mengelola dan menanggulangi keluhan peserta. Diharapkan bapel JKPM berstatus badan hukum, lolos studi kelayakan dan rencana usaha, mendapat izin penyelenggaraan JKPM dan menjalankan trias manajemen serta sehat keuangan.

## 2) Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) JKPM

Rasio PPK yang wajar untuk memberi pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota yaitu 5:4:1. Setiap PPK harus memberikan data-data yaitu nama, kategori, jenis spesialisasi dan lokasi pelayanan kesehatan. PPK diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok;

### a. PPK I

Kelompok PPK I yaitu PPK seperti dokter puskesmas, dokter umum praktek swasta/bersama. Rasio dokter keluarga dan peserta dalam kabupaten/kota yaitu 1:2000 jiwa (500 KK), untuk desa yaitu 1:8000 jiwa (2000 KK) sedangkan rasio puskesmas dan peserta yaitu 1:30.000 penduduk.

### b. PPK II

Kelompok PPK II yaitu praktek yang dilaksanakan secara perorangan oleh dokter spesialis maupun secara bersama/klinik bersama.

### c. PPK III

Kelompok PPK III atau tingkat akhir yaitu perujukan ke rumah sakit. Rasio PPK III minimal satu kabupaten 1 unit PPK yang diutamakan sudah lolos akreditasi rumah sakit.

Berikut adalah regulasi yang digunakan dalam pelaksanaan JKPM (Tabel 4.1).



Tabel 4.1. Peraturan Perundangan terkait Pelaksanaan JPKM

No	Landasan Hukum Pelaksanaan JPKM
1.	<u>Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan</u>
2.	<u>Keputusan Menteri Kesehatan No. 326/Menkes/SK/VI/1990 tentang Strategi Pengembangan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat</u>
3.	<u>Keputusan Menteri Kesehatan No. 595/Menkes/SK/VII/1993 tentang Standar Pelayanan Medis</u>
4.	<u>Peraturan Menteri Kesehatan No. 571/Menkes/Per/VII/1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat</u>
5.	<u>Peraturan Menteri Kesehatan No. 527/Menkes/Per/VII/1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat</u>
6.	<u>Keputusan Menteri Kesehatan No. 378/Menkes/SK/IV/1993 tentang Penanggungjawab Pembinaan dan Pengembangan Pemeliharaan Kesehatan</u>
7.	<u>Edaran Dirjen Binkesmas No. 382/BM/DJ/BPSM/III/1993 tentang Pengembangan Dana Sehat ber-JPKM</u>
8.	<u>Edaran Dirjen Binkesmas No. 862/BM/DJ/BPSM/III/1993 tentang Pengembangan Dokter Keluarga dalam Penyelenggaraan Program Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat</u>

#### 5. Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK)

Pemerintah Indonesia membuat Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) pada bulan Oktober 1998. Program tersebut merupakan sebuah kebijakan strategis pemerintah di saat Indonesia sedang menghadapi masa krisis moneter dan salah satu bidang dari Jaringan Pengaman Sosial (*social safety net*). JPS-BK dibentuk dengan tujuan untuk menyelamatkan, mempertahankan serta meningkatkan status kesehatan keluarga miskin (Gakin) yang terdampak efek negatif dari krisis tersebut. Skema JPS-BK mencakup upah kerja, penjualan beras bersubsidi, beasiswa tertarget, subsidi kesehatan, dan dana hibah desa. Selain itu, selama periode ini, Kementerian Kesehatan terlibat dalam mendorong berbagai inisiatif berbasis masyarakat dan sukarela, termasuk promosi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa dan layanan kesehatan yang dikelola masyarakat yaitu Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Langkah kebijakan berkonsentrasi pada enam bidang besar yaitu (Hastuti et al., 2010; Kementerian Kesehatan RI, 2010; Suwandono & Soendoro, 2000a):

- 1) Memelihara akses bagi masyarakat miskin dan meningkatkan pemerataan (regional dan sosial budaya).

- 2) Memobilisasi sumber daya tambahan dengan meningkatkan porsi sumber daya pemerintah untuk kesehatan, keluarga berencana, gizi dan kesehatan dasar; meningkatkan alokasi sumber daya untuk masyarakat miskin, dan mendorong sektor swasta untuk preventif dan promotive.
- 3) Menjaga mutu pelayanan kesehatan dan gizi esensial (pelayanan kesehatan dasar dan keluarga berencana untuk masyarakat miskin).
- 4) Meningkatkan desentralisasi, partisipasi dan transparansi.
- 5) Melakukan perubahan organisasi di Kementerian Kesehatan.
- 6) Reformasi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan – JPKM.

#### 6.1 JPKM “Wajib”

Mewajibkan JPKM; memungut iuran melalui pemotongan gaji dan perpajakan sektor informal; mengumpulkan dana kesehatan di tingkat nasional dan mengalokasikannya ke Bapel secara adil; standarisasi paket pelayanan minimal; mengatur asuransi kesehatan lainnya sebagai opsi *top up*.

#### 6.2 JPKM “Sukarela Plus”

Mendorong pengembangan JPKM dengan menawarkan insentif untuk bergabung; mengembangkan kapasitas Bapel secara bertahap; menghapuskan pendanaan langsung dari sektor publik secara bertahap; dan mengatur asuransi swasta.

#### 6.3 JPKM di Sektor Publik

Fokus pada peningkatan kualitas dan efisiensi penyedia layanan kesehatan sektor publik dengan meningkatkan kinerja melalui perjanjian layanan, kontrak; meningkatkan pendanaan langsung dan akuntabilitas; memperluas swadana; mengatur dan mendorong pengembangan perawatan terkelola secara bertahap; mengatur asuransi kesehatan lainnya.

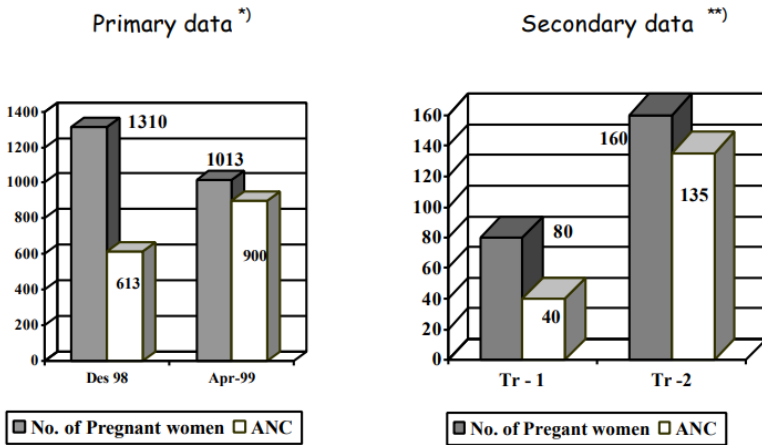
#### 6.4 JPKM dalam Masa Transisi

Pengenalan JPKM “Wajib” secara bertahap dengan mempersiapkan penyedia layanan publik untuk menghadapi perubahan pendanaan; mengembangkan

kapasitas kontrak dan Penjaminan Mutu; efisiensi pengumpulan pengujian lapangan dan kelayakan administratif skenario 2 dan 3; mengatur asuransi kesehatan swasta.

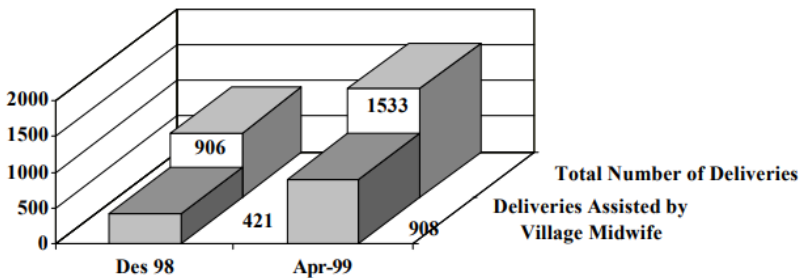
Sebuah penelitian longitudinal dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan Departemen Kesehatan RI (saat ini Kementerian Kesehatan RI) untuk mengevaluasi pelaksanaan program JPS-BK. Penelitian tersebut dilakukan di beberapa provinsi seperti; Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Barat. Hasil penelitian menunjukkan (Suwandono & Soendoro, 2000a):

- 1) Cukup akuratnya penentuan sasaran keluarga miskin dalam program JPS-BK. Pada pendataan tahap pertama, 60% keluarga miskin telah memperoleh kartu sehat dibandingkan 85% keluarga miskin yang memiliki kartu sehat pada pendataan putaran kedua. Validasi dan verifikasi data masyarakat miskin di beberapa provinsi mencapai 89,1% sampai dengan 97,2%. Masyarakat dan tokoh kunci berpartisipasi aktif dalam verifikasi data. Akan tetapi, penelitian tersebut menemukan sekitar 20% masyarakat miskin atau 10 juta masyarakat miskin masih belum terjangkau oleh program JPS-BK.
- 2) Terjadi peningkatan kunjungan ke fasilitas kesehatan. Total akses terhadap unit layanan kesehatan formal meningkat dari 67,5% menjadi 75%. Akses terhadap Puskesmas dan Puskesmas Pembantu telah meningkat dari 32% menjadi 39%, sementara akses terhadap rumah sakit sedikit menurun pada pengumpulan data putaran kedua.
- 3) Peningkatan jumlah ANC pada ibu hamil, peningkatan persalinan yang ditolong oleh Bidan Desa. Selain itu juga terdapat peningkatan kesehatan ibu Balita dan ibu hamil.



Note : \*) Data resulted from the two round of data collection in this study  
 \*\*) Data from HC reports (Tr-1 = First Tri-monthly Report; Tr-2 = Second Tri-monthly Report)

Gambar 4.1. Cakupan ANC untuk Ibu Hamil  
 Sumber: Suwandono & Soendoro (2000b)



Gambar 4.2. Jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan  
 Sumber: Suwandono & Soendoro (2000b)

- 4) Kepuasan Dokter Puskesmas terhadap pelaksanaan JPS-BK sekitar 77% menyatakan JPS-BK sangat bermanfaat bagi masyarakat miskin, selain itu terjadi peningkatan anggaran operasional (36%), meningkatkan semangat kerja para penyedia SDM (36%) dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin. Akan tetapi, sebanyak 23% mengeluh bahwa JPS-BK tidak memberikan manfaat bagi mereka karena adanya pekerjaan tambahan yang rumit (50%),

mengganggu sistem kesehatan, menimbulkan ketergantungan masyarakat dan berkurangnya waktu untuk berpraktik pribadi.

- 5) Terjadi penurunan angka kesakitan, dimana terjadi tren penurunan penyakit diare dan campak, meskipun tren pneumonia dan demam meningkat. Jumlah gizi buruk pada Balita cenderung mengalami penurunan, begitu pula proporsi penurunan angka ibu hamil dan ibu nifas dengan kondisi kekurangan energi kronis (KEK).

6. Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK)

Pemerintah Indonesia pada tahun 2001 membuat program yang menyediakan obat dan vaksin Hepatitis B untuk pelayanan kesehatan dasar. Program tersebut dirilis dengan nama Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) (Kementerian Kesehatan, 2003).

7. Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bidkes)

Terdapat perubahan program, dari yang sebelumnya PDPSE-BK menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) bidang kesehatan pada tahun 2002. Namun program ini dinilai tidak efektif dan tidak efisien karena menyebabkan pembebanan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Oleh karena itu pemerintah memperbaiki skema pembiayaan tersebut dengan merilis program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat miskin (JPK-Gakin) di tahun 2003 (Kementerian Kesehatan, 2003).

8. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-Gakin)

Program JPK-Gakin diuji cobakan di 15 kabupaten pada tahun 2003 yang kemudian dilanjutkan ke daerah lainnya. Program ini dinilai bersifat individual dimana setiap daerah mengimplementasikan dengan skema berbeda. Perbedaan utamanya adalah paket bantuan/manfaatnya, sistem

pembayarannya dan penjaminnya, seperti contoh pada beberapa daerah, Bapel yang terdiri dari Dinas kesehatan dan Dokter di RSUD adalah penyedia jaminan kesehatan, sedangkan terdapat dua kasus di daerah Musi Banyuasin, Sumatra dan Tabanan, Bali penyedia jaminan kesehatannya adalah PT Askes.

Dalam JPK-Gakin, setiap kabupaten tidak ada keharusan untuk memberikan jaminan manfaat tertentu. Terdapat kabupaten yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap bahkan juga memberikan layanan di luar daerah. Tetapi terdapat juga kabupaten yang cakupan manfaat pelayanan kesehatannya terbatas. Kondisi ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan di setiap paket bantuan di setiap kabupaten (Arifianto et al., 2005). Berbagai studi melakukan evaluasi (salah satunya yang dilaksanakan oleh ILO pada tahun 2003) menunjukkan kesimpulan bahwa program JPK-Gakin masih belum bisa memberikan kemudahan akses, jangkauan dan programnya belum berkesinambungan untuk masyarakat miskin, selain itu hasil penelitian menunjukkan rendahnya manfaat, kurangnya kerangka kelembagaan, dan manajemen menjadi faktor lain kurang berhasilnya program ini.

#### 9. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM)/Askeskin

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diperkenalkan sejak disahkannya Undang-undang No 40 tahun 2004, oleh karena itu untuk mengaplikasikan SJSN Menteri Kesehatan menunjuk PT Askes untuk melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) mulai 1 Januari 2005 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/XI/2004. Depkes (sebutan Kemenkes saat itu) mengatur pengelolaan biaya pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin di PPK I (Puskesmas dan jejaringnya) dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Sedangkan pengelolaan kepesertaan dan pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan dilakukan oleh PT Askes (Menteri Kesehatan, 2004). Ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan No 417/Menkes/SK/2007 tentang

Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Tujuan program ini adalah menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan cara pendataan dan registrasi masyarakat yang tepat sasaran, melaksanakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, serta dapat mengelola keuangan secara efisien dan akuntabel (Damayanti, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan saat masa transisi PJKMM ini ditemukan bahwa ada beberapa kendala yang menyebabkan masyarakat miskin tidak dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan seperti (Suryati & Indriasih, 2007); 1) kartu milik masyarakat miskin sudah ditarik, akan tetapi kartu baru belum tersedia sehingga perlu menggunakan dana pribadi untuk berobat pada saat itu, 2) masyarakat miskin memerlukan biaya yang cukup besar dari segi transportasi untuk mengakses fasilitas kesehatan yang dibutuhkan, 3) terdapat perbedaan kuota masyarakat miskin yang ditetapkan Badan Pusat Statistik (BPS) dengan data pemerintah daerah setempat sehingga terjadi penolakan klaim pelayanan kesehatan.

#### 10. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Pemerintah Indonesia melakukan perubahan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM)/Askeskin melalui Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada tahun 2008. Perubahan ini dilakukan karena adanya permasalahan-permasalahan program sebelumnya seperti belum tuntasnya masalah kepesertaan, fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan pembayar, belum optimalnya verifikasi, pengendalian biaya yang kurang, kecepatan pembayaran dan tidak ada pertanggungjawaban risiko dari penyelenggara.

Perubahan mendasar dengan adanya perubahan dari Askeskin ke Jamkesmas adalah pemisahan peran verifikator dan peran pembayar. Depkes merekrut verifikator independen Jamkesmas untuk melaksanakan peran verifikasi yang ditempatkan di Rumah Sakit. Sedangkan peran pembayar langsung dilakukan oleh pemerintah dari kas negara ke PPK. Sedangkan PT.

Askes (Persero) tetap melaksanakan peran manajemen kepesertaan berdasarkan Surat Menteri Kesehatan Nomor 112/Menkes/II/2008 (Kementerian Kesehatan RI, 2008).

Peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin yaitu sangat miskin, miskin, dan mendekati miskin, yang namanya terdaftar dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota serta memiliki kartu Jamkesmas. Peserta yang namanya terdaftar, terlebih dahulu diusulkan dari tingkat pemerintahan yang paling bawah kemudian nama tersebut dicetak PT ASKES untuk didistribusikan kartu Jamkesmas ke masyarakat. Jika peserta belum mendapatkan kartu Jamkesmas tetapi pada saat ke pelayanan kesehatan dan dicek eligibilitasnya dalam program Jamkesmas (sesuai surat keputusan Bupati/Walikota) maka peserta tersebut tetap bisa dilayani oleh pemberi pelayanan kesehatan.

Jamkesmas diselenggarakan dengan menerapkan prinsip-prinsip:

- i) Nirlaba dan dana amanah;
- ii) Diselenggarakan serentak di seluruh Indonesia dengan azas gotong-royong (memungkinkan adanya subsidi silang);
- iii) Bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional;
- iv) Managed care yang dilaksanakan dengan cara berjenjang dan terstruktur;
- v) Prinsip portabilitas dan equity (keadilan);
- vi) Pengelolaan dilakukan dengan memperhatikan akuntabilitas dan transparansi dan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas;
- vii) Untuk masyarakat miskin, Pemerintah yang membayar iuran.

Jamkesmas terus dievaluasi dan dilakukan perbaikan pada beberapa aspek seperti pada aspek pengorganisasian, kepesertaan, pelayanan dan pendanaan (Menteri Kesehatan RI, 2012).

#### 1) Aspek Kepesertaan

Masyarakat yang *eligible* menjadi peserta Jamkesmas didapatkan dari data terpadu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Akan tetapi terdapat



juga peserta non kartu yang terdaftar yaitu masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, Lembaga Pemasarakatan/Rumah Tahanan, dan masyarakat miskin akibat bencana paska tanggap darurat sampai dengan satu tahun setelah kejadian bencana. Selain itu gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar juga menjadi peserta Jamkesmas. Terdapat pula penderita Thalassemia mayor, penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI), serta peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.

## 2) Aspek Pelayanan

Pada aspek pelayanan dilakukan penyempurnaan dengan melakukan penambahan fasilitas kesehatan rujukan. Penambahan ini dilakukan dengan cara meningkatkan jumlah *Memorandum of Understanding (MoU)* dengan fasilitas kesehatan dasar milik swasta serta fasilitas kesehatan rujukan. Selain itu INA-CBGs sebagai *software grouper* juga turut disempurnakan.

## 3) Aspek Pendanaan

Tim pengelola Jamkemas Kementerian Kesehatan melaksanakan perbaikan pada mekanisme pertanggungjawaban pendanaan program Jamkesmas. Dana yang sudah diberikan kepada tim pengelola Jamkesmas di tingkat kabupaten/kota dan pemberi pelayanan kesehatan lanjutan diharapkan dapat dipertanggungjawabkan secara efektif, efisien, akuntabel, tepat jumlah dan tepat waktu.

## 4) Aspek Pengorganisasian

Pada aspek ini, dilakukan penguatan peran setiap Tim Pengelola Jamkesmas. Kontribusi dari pemerintah daerah terus dilakukan penguatan dalam bentuk memperluas cakupan kepeserataan untuk masyarakat miskin yang belum tercakup dalam Jamkesmas sehingga mendapatkan jaminan kesehatan melalui skema Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selain itu daerah juga memberikan bantuan tambahan untuk yang tidak dijamin dalam program Jamkesmas.

## 11. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program Pemerintah bagian dari SJSN yang diluncurkan pada Januari 2014. JKN bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia yang diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*). Penyelenggaraan program JKN berdasarkan Undang-undang No. 40 Tahun 2004 yang menggunakan mekanisme asuransi kesehatan dan kepesertaannya bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia. Hal ini dilakukan agar mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) (Presiden RI, 2013; Kementerian Kesehatan, 2004).

Prinsip-prinsip pelaksanaan JKN berdasarkan pada prinsip SJSN yaitu:

- i) Prinsip Kegotong-royongan  
Terdapat subsidi silang dari peserta yang mampu kepada yang kurang/tidak mampu, peserta sehat atau berisiko rendah kepada yang sakit atau berisiko tinggi, dan peserta muda kepada peserta yang tua. Subsidi silang ini dapat terwujud karena tidak adanya bias seleksi (*adverse selection*) karena JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.
- ii) Prinsip Nirlaba  
Dana amanat yang dikelola oleh BPJS bertujuan untuk memenuhi kebutuhan peserta dan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta. Jadi, pengelolaan dana JKN tidak untuk mencari keuntungan/laba.
- iii) Prinsip Portabilitas  
Dengan prinsip portabilitas, peserta mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa adanya batasan wilayah/tempat tinggal selama masih di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- iv) Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Setiap masyarakat di Indonesia wajib menjadi peserta JKN sehingga seluruh rakyat dapat terlindungi. Tetapi sifat wajib ini juga disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat, pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan yang dibentuk oleh pemerintah dan berbentuk badan hukum publik negara. BPJS dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang terdapat pada SJSN yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Berdasarkan Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, terdapat perubahan beberapa Lembaga jaminan sosial yang saat itu ada. Salah satunya adalah asuransi kesehatan PT Askes Indonesia yang berganti menjadi BPJS Kesehatan dan diberi tugas untuk menyelenggarakan JKN. Sedangkan Jaminan sosial lainnya diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan (Presiden RI, 2004; Presiden RI, 2011).

Pembiayaan JKN berasal dari iuran peserta, APBN dan APBD. Iuran jaminan kesehatan diartikan sejumlah uang yang dibayarkan secara berkala (untuk JKN, iuran dibayar per bulan) oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah. Untuk Pekerja Penerima Upah/PPU, iuran yang dibayarkan sebesar presentase dari gaji/upah. Sedangkan untuk Pekerja Bukan Penerima Upah/PBPU dan Bukan Pekerja/BP dan Penerima Bantuan Iuran-PBI, iuran berupa sejumlah nominal tertentu. Bagi peserta PBI, premi dibayarkan oleh pemerintah, sedangkan PPU dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja. Dan bagi PBPU dan BP dibayar oleh peserta yang bersangkutan (Presiden RI, 2013).

Tata cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan di program JKN ini yaitu BPJS Kesehatan membayarkan kepada FKTP dengan kapitasi. Pada sistem pembayaran kapitasi, cara pembayaran dihitung berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggungan atau menjadi peserta di suatu fasilitas kesehatan. Sistem pembayaran kapitasi tidak menghitung biaya berdasarkan jenis atau jumlah layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada pasiennya (*Eastaugh 1981; Weeks, 1979, n.d.*). Sistem kapitasi akan

dibahas lebih lanjut dalam *book chapter* ini. Sedangkan sistem pembayaran di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), dilaksanakan dengan sistem paket atau *Diagnosis Related Groups* (DRGs) atau *Case-Based Groups* (CBGs). Di Indonesia dikenal adanya INA CBG's. Sedangkan jika terdapat pelayanan gawat darurat yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka sistem pembayarannya adalah sistem *reimbursement*/penggantian biaya dengan besar nominal yang setara dengan tarif di wilayah tersebut (Presiden RI, 2013).

### **SISTEM PEMBAYARAN PADA JAMINAN KESEHATAN**

Pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan sistem pembiayaan kesehatan. Biaya Kesehatan merupakan dana yang dikeluarkan baik itu berasal dari dana pribadi atau pemerintah dalam memanfaatkan serta menyelenggarakan upaya kesehatan baik itu perseorangan, kelompok, keluarga dan masyarakat (Setyawan, 2015). Menurut Miller (2007), tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan, mendorong adanya pelayanan tim, pelayanan yang berorientasi pada pasien, meningkatkan efisiensi dengan menerapkan reward dan punishment terhadap fasilitas kesehatan yang melakukan *adverse evebr, over dan under treatment*. Berdasarkan sejarah terdapat dua jenis sistem pembayaran jaminan kesehatan yang digunakan di Indonesia yaitu prospektif dan retrospektif. Setiap sistem pembayaran memiliki kelebihan dan kekurangannya dan keduanya akan dibahas pada bagian berikut (Eden Health Team, 2022; Fool, 2024).

#### **1. Sistem Pembayaran Retrospektif**

Sistem pembayaran retrospektif merupakan sistem pembayaran yang melihat layanan kesehatan yang telah diberikan. Sistem ini menggunakan metode klaim biaya kesehatan. PPK akan merawat pasien dan menyerahkan tagihan terperinci ke perusahaan asuransi dengan merinci layanan yang diberikan. Perusahaan asuransi, pada gilirannya, dapat menyetujui atau

menolak pembayaran untuk pengobatan atau bagiannya, namun PPK umumnya dibayar penuh untuk jumlah yang mereka tagih. Manfaat utama dari rencana pembayaran retrospektif adalah memungkinkan pasien menerima lebih banyak perhatian. Karena PPK tidak terbatas pada rencana pengobatan yang disetujui, maka PPK dapat menyesuaikan layanannya untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien.

*Fee for Services* (FFS) adalah contoh sistem pembayaran retrospektif. Pada sistem FFS pembayaran Dokter dihitung berdasarkan berdasarkan biaya tetap per layanan. Biaya per layanan dapat dinegosiasikan antara perusahaan asuransi dan Dokter. Sistem pembayaran ini sebagai mekanisme pengendalian biaya atau peningkatan kualitas layanan kesehatan. Berdasarkan tarif pembayaran layanan, Dokter mungkin memiliki kecenderungan untuk memberikan layanan lebih dari yang dibutuhkan untuk meningkatkan pendapatan mereka (*supplier induced demand*). Hal ini dapat menghabiskan sumber daya yang berharga secara tidak perlu (Kirch, 2008).

Beberapa tahun terakhir ini terjadi pergeseran dari model pembayaran dari model pembayaran FFS ke pembayaran berbasis nilai yang memberikan penghargaan kepada PPK berdasarkan efisiensi dan hasil yang diperoleh pasien, bukan berdasarkan volume layanan yang diberikan. Sebelum adanya JKN hampir semua penyedia pelayanan kesehatan dari tingkat primer sampai dengan tingkat tersier menggunakan pola pembayaran retrospektif yaitu FFS, dan pasien membayar secara OOP. Sistem ini berubah di era JKN yang tadinya berpola retrospektif menjadi prospektif.

## 2. Sistem Pembayaran Prospektif

Sistem pembayaran prospektif merupakan sebuah metode penggantian biaya dimana pembayaran klaim layanan kesehatan yang diterima pasien dilakukan berdasarkan jumlah tetap yang telah ditentukan di awal atau sebelum layanan kesehatan diberikan. Jumlah pembayaran untuk layanan tertentu diperoleh berdasarkan sistem klasifikasi layanan tersebut, misalnya, kelompok terkait diagnosis atau *diagnosis-related groups* (DRGs)

untuk layanan rawat inap di rumah sakit. Contoh lain pembayaran prospektif adalah *Casemix*, *Kapitasi*, *Global Budget*, *Per diem*, dan lain-lain.

a. *Global Budget*

Pada sistem pembayaran *Global Budget*, pembiayaan dihitung berdasarkan pada sejumlah anggaran atau sejumlah nominal besaran biaya yang merupakan hasil negosiasi. Sejumlah nominal tertentu tersebut disepakati oleh kedua belah pihak yaitu pemberi dana dan rumah sakit dalam satu periode waktu tertentu (biasanya satu tahun). Sistem ini memiliki keunggulan yaitu dapat membatasi jumlah uang untuk sebuah rumah sakit dalam jangka waktu tertentu, sehingga akan mengurangi adanya *over treatment* (USAID & BPJS Kesehatan, 2017). Perhitungan dengan sistem *global budget* dapat dilakukan dengan cara pendekatan histori (anggaran tahun sebelumnya) (Handayani et al., 2023). Selain itu, perhitungannya dapat juga menggunakan pendekatan kapitasi dengan dasar jumlah peserta dan karakteristik daerah serta sebagai patokan harga (The World Bank & USAID, 2009).

b. *Per diem*

Sistem *per diem* adalah sistem pembayaran yang telah disepakati di awal dengan berdasarkan per hari perawatan, atau bulanan atau tahunan. Sistem ini tidak mempertimbangkan biaya riil yang dikeluarkan untuk memberikan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. Semakin besar pengelompokan tindakan medik, maka semakin besar dorongan untuk melakukan efisiensi pelayanan medis dan/atau menyederhanakan kegiatan administrasi rumah sakit. Sebagai contoh, suatu asuransi kesehatan memberikan ketentuan bahwa mereka dapat membayar per hari perawatan di kelas III dengan nominal Rp 250.000 per hari. Harga tersebut berlaku untuk kasus penyakit apapun dan harga tersebut sudah termasuk jasa konsultasi atau visit dokter, biaya ruangan, obat-obatan, dan pemeriksaan penunjang (Sekarningrum, 2017).

c. *Casemix*

Sistem *casemix* adalah sistem pembayaran yang menggunakan diagnosis dan prosedur dengan ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Sistem ini biasanya menggunakan software grouper (Menteri Kesehatan, 2014). Negara-negara maju banyak yang menggunakan sistem *casemix*. Di Indonesia sudah menerapkan sistem pembayaran *casemix* (*case-based payment*) sejak tahun 2008 yaitu sebagai sistem pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

d. Kapitasi

Sistem pembayaran kapitasi berasal dari kata “kapita” yang berarti “kepala”. Sehingga, sistem kapitasi adalah cara perhitungan berdasarkan jumlah kepala (orang/peserta/*member*/anggota program) yang terikat dalam kelompok tertentu (Tim UJDIH BPK RI Perwakilan Provinsi Sulawesi Barat, 2015). Dana kapitasi termasuk dalam sistem pembayaran prospektif yaitu pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada fasilitas kesehatan. Besarnya nominal berdasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di fasilitas kesehatan tanpa melihat jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Besarnya pembayaran untuk program JKN (khususnya untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama-FKTP) pada awalnya ditentukan dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan (Presiden RI, 2014). Pembahasan mengenai kapitasi akan dikupas lebih dalam pada bagian selanjutnya.

Sistem pembayaran prospektif menjadi cara efektif untuk mengelola dan mengoptimalkan biaya layanan kesehatan. Dengan menetapkan tarif layanan medis yang telah ditentukan sebelumnya, mereka menciptakan aliran pembayaran yang dapat diprediksi antara PPK dan perusahaan asuransi. Sehingga, memungkinkan kedua belah pihak untuk membuat anggaran yang sesuai, mengurangi pemborosan dan meningkatkan efisiensi operasional. Selain itu, sistem pembayaran prospektif menyederhanakan tugas-tugas administratif seperti pemrosesan klaim, sehingga menghasilkan waktu penggantian yang lebih cepat.

Melalui sistem pembayaran prospektif, setiap episode perawatan pasien diberikan tarif prospektif standar berdasarkan kode diagnosis dan faktor lain, seperti karakteristik pasien atau wilayah geografis. Sistem pembayaran prospektif menciptakan struktur insentif yang menghargai layanan berkualitas karena penyedia layanan menerima jumlah tertentu tanpa memperhatikan berapa banyak atau sedikit biaya yang mereka keluarkan untuk menyediakan layanan tersebut. Hal ini membantu mendorong efisiensi alih-alih memberi insentif pada kuantitas dibandingkan kualitas. Sistem pembayaran prospektif berupaya menyeimbangkan biaya dan kualitas, yang dapat menciptakan hasil keseluruhan yang lebih baik bagi penyedia layanan dan pasien.

Sistem pembayaran prospektif memiliki beberapa manfaat yang dapat dirasakan (ForeSee Medical Team, 2023):

- i) Manfaat utama yaitu prediktabilitas yang diberikannya kepada PPK dengan menghilangkan kerumitan dan ketidakpastian model biaya layanan tradisional yang menawarkan tarif yang ditetapkan untuk setiap episode layanan.
- ii) Membantu mencegah PPK melakukan penagihan berlebihan atau melakukan upcoding, karena tarif prospektif memberikan batasan ketat pada jumlah yang dapat dikenakan.
- iii) Menciptakan penggunaan sumber daya yang lebih efisien karena PPK berfokus pada kualitas daripada kuantitas.
- iv) Pembayar dan PPK bertanggung jawab atas porsi risiko yang dapat mereka kelola secara efektif. Baik pembayar maupun PPK mendapatkan manfaat bila ada penyesuaian risiko yang tepat dan efisien.
- v) Sistem pembayaran prospektif rawat jalan dapat membuat pembayaran di muka menjadi lebih lancar dan mendukung pendapatan tetap yang cenderung tidak terpengaruh oleh masa-masa ketidakpastian. COVID-19 telah menunjukkan secara langsung bagaimana gangguan dalam layanan menyebabkan berkurangnya jumlah pengunjung,



berkurangnya mobilitas pasien, dan pada gilirannya, menurunkan penggantian biaya dalam model layanan berbayar tradisional.

- vi) Sistem pembayaran prospektif menekankan perawatan berbasis tim dan mungkin membayar untuk koordinasi perawatan. Model perawatan berbasis nilai ini mendorong Dokter, rumah sakit, dan PPK lainnya untuk bekerja sama menerima penggantian biaya berbasis nilai.

Meskipun sistem pembayaran prospektif menawarkan banyak manfaat, ada juga beberapa tantangan yang terkait (Coulam & Gaumer, 1992).

- i) Tidak selalu secara akurat mencerminkan biaya perawatan aktual untuk suatu episode pasien sehingga dapat menyebabkan PPK mengalami kerugian jika biayanya melebihi biaya yang harus diganti.
- ii) Kriteria standar yang digunakan dalam sistem pembayaran prospektif mungkin terlalu kaku dan mungkin tidak mempertimbangkan seluruh aspek pemberian layanan, sehingga menyebabkan kekurangan pembayaran atau masalah penggantian biaya lainnya.
- iii) Transisi dari model berbayar retrospektif ke prospektif bisa jadi sulit bagi PPK dan pasien saat mereka menyesuaikan diri dengan sistem baru karena peralihan tersebut merupakan proses yang kompleks.
- iv) PPK harus memastikan bahwa praktik penagihan mereka mematuhi tarif baru serta semua peraturan yang berlaku. Selain itu, PPK mungkin perlu menyesuaikan proses dan prosedur yang ada untuk mengakomodasi perubahan yang disebabkan oleh sistem baru.

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif telah dikenal dengan adanya sistem kapitasi pada era PT. Askes dan juga adanya *casemix (case based payment)* sejak tahun 2008 pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (Suhartoyo, 2018). Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, pada

program JKN, pembayaran klaim di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) menggunakan metode prospektif yaitu sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG) (Presiden RI, 2013). Sistem ini menggunakan dasar paket kelompok diagnosis dengan perhitungan berbasis data koding rumah sakit yang didapat dari hasil pengelompokan oleh sistem sehingga menjadi *output* layanan (Ananta, 2018). Sistem ini berupaya untuk mendorong pelayanan kesehatan yang bermutu standar serta mampu mengendalikan biaya kesehatan agar tidak terjadi pelayanan kesehatan yang berlebihan.

### **PENERAPAN KAPITASI DI INDONESIA**

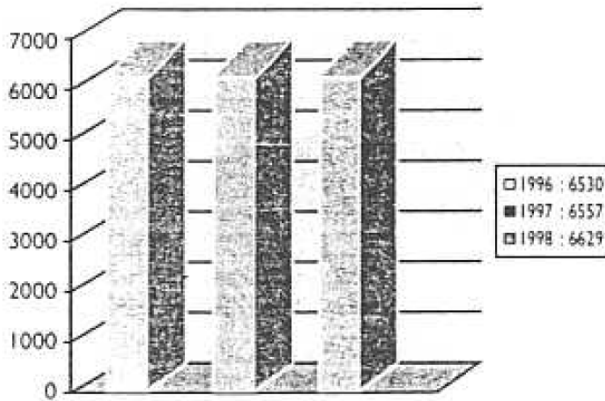
Sistem pembayaran kapitasi di Indonesia sebenarnya telah dilakukan sejak tahun 1980 walaupun tidak diberlakukan di semua PPK. Berikut akan dibahas perjalanan penerapan kapitasi di Indonesia.

#### **1. Penerapan Kapitasi di Era Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM).**

Pada tahun 1980, Pemerintah melaksanakan Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Pada saat itu, Puskesmas mulai diperkenalkan dengan sistem pembayaran kapitasi. Teknik *managed care* mulai dilaksanakan oleh BPDPK (PAMJAKI, 2014a, 2014b).

#### **2. Penerapan Kapitasi di Era Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)**

Pemeliharaan Jaminan Kesehatan Masyarakat menggunakan sistem pembayaran kapitasi sebagai salah satu cara melaksanakan konsep *managed care*. Beberapa penelitian dilakukan untuk mengevaluasi penerapan kapitasi JPKM. Salah satu penelitian di Kota Medan (Hutauruk et al., 2000a) menunjukkan bahwa badan pelaksana JPKM Koperasi Pengangkutan Umum Medan mengalami kerugian tiap tahunnya karena perhitungan biaya masuk lebih sedikit ketimbang biaya yang dikeluarkan. Jumlah peserta terdaftar sebanyak 4000 KK sedangkan utilisasi rawat jalan melebihi jumlah peserta seperti terlihat pada Gambar 4.3.



Gambar 4.3. Utilisasi Rawat Jalan JPKM – KPUM  
Sumber: Hutaaruk et al., (2000b)

Pemberi pelayanan kesehatan mengklaim biaya pemeliharaan peserta rawat jalan ke Bapel sebesar Rp 2.000 per orang sedangkan untuk rawat inap sebesar Rp 75.000 untuk maksimal lima hari perawatan. Oleh karena itu berdasarkan perhitungan biaya yang masuk dari penarikan premi tiap bulannya dibandingkan biaya yang harus dikeluarkan untuk menjalankan program pemeliharaan kesehatan maka Bapel mengalami kerugian. Dari penelitian tersebut ditarik kesimpulan (Hutaaruk et al., 2000b):

1) Komposisi keanggotaan perlu diperhatikan

Pendaftaran peserta JPKM sifatnya sukarela, sehingga terjadi ketidak seimbangan komposisi keanggotaan dan mendorong terjadinya adverse selection dimana peserta yang mendaftar cenderung mereka yang memiliki risiko tinggi sakit yang mendaftar JPKM.

2) Melakukan kontrak dengan penyedia pelayanan kesehatan

Perlu adanya pembaharuan kontrak dengan Puskesmas dan RS untuk mengendalikan harga dengan pembayaran kapitasi di muka bukan sistem klaim.

3) Kendali mutu kendali biaya

Perlu dilakukan kendali mutu pelayanan yang diberikan penyedia kesehatan dan perlu dikendalikan biaya yang

dikeluarkan.

### 3. Penerapan Kapitasi di Era PT. Askes (Persero)

Sejak tahun 1991, sistem pembayaran kapitasi telah diterapkan oleh PT. Askes pada PPK I yaitu Puskesmas dan Dokter Keluarga. Kemudian pada tahun 2006, besaran kapitasi yang diterima Puskesmas pada program Askeskin sebesar Rp 1.000,- per kapita per bulan. Program Askeskin dimonitor oleh Departemen Kesehatan dengan beberapa indikatornya adalah *demand* pelayanan kesehatan adalah terdapat 15% peserta perlu berobat ke Puskesmas dan kepuasan peserta minimal sebesar 70% (Alhabsyi et al., 2007).

Pada tahun 1998 pemerintah Indonesia menerapkan pola kapitasi total basis kabupaten yang pada saat itu ditemukan bahwa rasio rujukan dari Puskesmas ke rumah sakit tinggi. Kemudian kebijakan tersebut berubah ke kapitasi berbasis Puskesmas dan ditemukan penurunan rasio rujukan Puskesmas sebesar 75% pada Puskesmas yang jumlah kepesertaan 2.000–3.000 jiwa. Terjadi pula penurunan rujukan 40% pada Puskesmas yang jumlah kepesertaannya 1.000–2.000 jiwa sedangkan Puskesmas yang pesertanya dibawah 1.000 jiwa rasio rujukan menurun sebesar 33% (Sugiarto et al., 2003). Selain itu, pola tarif kapitasi Puskesmas telah ditetapkan sebesar Rp 1.000 dimana pola tarif tersebut ditetapkan sebagai tarif kontrak. Hasil penelitian di Kabupaten Kulonprogo menunjukkan bahwa tarif tersebut sebenarnya sudah mendekati tarif kompetitor sederajat yang setara dengan Rp 7.000 dimana penentuan tarif berdasarkan data kunjungan Askes. Sebagian besar kepala Puskesmas setuju terhadap perubahan sistem kapitasi total berbasis kabupaten ke kapitasi berbasis kontrak Puskesmas. Perubahan tersebut dapat mengendalikan biaya pelayanan di Puskesmas dimana Puskesmas dapat mengelola keuangan secara mandiri, akan tetapi tetap diperlukan rambu-rambu dalam pengelolaannya (Sugiarto et al., 2003).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 416/MENKES/PER/II/2011 tentang Besaran Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero) besaran biaya kapitasi

per jiwa per bulan yang diterima Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagai berikut (Menteri Kesehatan RI, 2011) seperti pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Besaran Kapitasi PPK I di PT. Askes (Persero) Tahun 2011

No	Jenis Pelayanan	Tarif
1	Puskesmas (SDM: tanpa atau dengan 1 Dokter)	Rp. 2.000,-
2	Puskesmas (SDM: 2 Dokter atau lebih)	Rp. 4.000,-
3	Dokter Keluarga	Rp. 5.500,- sampai dengan Rp. 6.500,-

Sumber: (Menteri Kesehatan RI, 2011)

Tarif kapitasi di atas dianggap kurang untuk PPK Tingkat Pertama non-Puskesmas yaitu Dokter Keluarga (Dokter Umum swasta atau Dokter praktek mandiri) karena Dokter keluarga tidak mendapatkan bantuan biaya dari Pemerintah seperti biaya investasi gedung, peralatan medis, obat, gaji pegawai dan biaya operasional. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menghitung kapitasi yang tepat untuk Dokter Keluarga adalah sebesar Rp 12.000,- sampai dengan Rp 14.000,- (PAMJAKI, 2014a).

#### 4. Penerapan Kapitasi di Era PT. Jamsostek

Besaran kapitasi yang diterapkan oleh PT. Jamsostek Kantor Cabang Semarang pada tahun 2000 adalah sebesar Rp. 3.500,-. Besaran kapitasi tersebut lebih rendah dibandingkan dengan perhitungan kapitasi berdasarkan tarif riil dan utilisasi yaitu sebesar Rp. 4.850,16 dan juga lebih rendah dibandingkan dengan usulan PPK yaitu sebesar Rp. 4.307,95. Jika dilihat, maka usulan PPK justru lebih rendah dibandingkan dengan perhitungan oleh peneliti, yang kemungkinan disebabkan karena PPK kurang kemampuannya untuk menghitung besaran kapitasi. Selain itu, lebih tingginya besaran kapitasi berdasarkan tarif riil dan utilisasi kemungkinan disebabkan karena overutilization (Sucahyono et al.,

2002).

Pada tahun 2012, Pembayaran kapitasi kepada PPK I oleh PT Jamsostek (PT. Jamsostek Kacab Daerah Istimewa Yogyakarta) yaitu pada Tabel 4.3 berikut (Safriantini et al., 2014):

Tabel 4.3. Besaran Kapitasi PPK I di PT. Jamsostek tahun 2012

No	Jenis Pelayanan	Ruang lingkup pelayanan	Tarif (Rp)
1	Klinik 24 jam	8 jenis pelayanan kesehatan yaitu jasa medis Dokter Umum dan Dokter Gigi, tindakan medik Dokter Umum dan Dokter Gigi, obat (non-kronis), penunjang diagnostik sederhana, KB, imunisasi.	4.500
2	Klinik 12 jam	8 jenis pelayanan kesehatan	3.300
3	Praktek perorangan 6 jam	5 jenis pelayanan kesehatan yaitu jasa medis Dokter Umum, tindakan medik Dokter Umum, obat (non-kronis), KB, imunisasi.	2.800
4	Praktik perorangan 2-4 jam	5 jenis pelayanan kesehatan.	2.300

Sumber: (Safriantini et al., 2014)

Berdasarkan hasil penelitian di DIY yang menghitung besaran kapitasi berdasarkan data biaya klaim dan utilisasi yaitu sebesar Rp.3.416,-. Hasil ini menunjukkan bahwa di Klinik 24 jam, besaran kapitasi yang ditetapkan oleh PT. Jamsostek sudah lebih tinggi dibandingkan dengan besaran kapitasi hasil perhitungan oleh peneliti. Tetapi berdasarkan hasil wawancara dengan Dokter Keluarga PT. Jamsostek, besaran kapitasi tersebut masih di bawah dari besaran kapitasi yang ditetapkan oleh PT. Askes (Persero) sebesar Rp.5.500,- – Rp.6.500,-. Selain itu mereka menyatakan bahwa besaran kapitasi tersebut tidak sebanding dengan beban kerja sebagai klinik yang buka 24 jam (Safriantini et al., 2014).

## 5. Penerapan Kapitasi di Era Program JKN

Tarif kapitasi di era JKN untuk FKTP, besaran nilainya ditetapkan berdasarkan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu terdapat tarif non kapitasi yaitu untuk rawat inap tingkat pertama serta pelayanan kebidanan dan neonatal (Menteri Kesehatan, 2013).

Besaran nominal kapitasi yang diberikan pada jenis FKTP dapat berbeda-beda. Di Indonesia, yang termasuk FKTP adalah Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Praktek Perorangan dan Rumah Sakit tipe D. Yang menjadi perhitungan adalah jumlah peserta yang terdaftar pada masing-masing FKTP (Menteri Kesehatan, 2023). Penetapan besaran kapitasi harus mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, serta komitmen pelayanan (BPJS Kesehatan, 2015).

Tarif kapitasi yang berlaku di FKTP mencakup pelayanan yang diberikan yaitu pelayanan kesehatan promotif dan preventif, administrasi pelayanan, konsultasi medis, pemeriksaan kesehatan, tindakan medis non spesialisik (operatif maupun non operatif), kesehatan gigi non-spesialisik, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai (termasuk pil dan kondom untuk pelayanan Keluarga Berencana), serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama. Selain itu pada FKTP juga berlaku tarif non kapitasi. Berikut adalah pelayanan kesehatan yang dibayar dengan tarif non kapitasi yaitu pelayanan ambulans, obat rujuk balik, pemeriksaan penunjang rujuk balik, skrining kesehatan tertentu, rawat inap tingkat pertama, pelayanan kebidanan dan neonatal, Keluarga Berencana berupa MOP atau vasektomi, pelayanan darah, dan pelayanan gawat darurat di faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2014).

Setelah diberlakukan JKN, terdapat beberapa kali penyesuaian aturan terkait besaran tarif kapitasi seperti pada Tabel 4.4 (Menteri Kesehatan RI, 2023; 2016; 2013; 2016)

Tabel 4.4. Besaran Tarif Kapitasi

	Permenkes No. 69 Tahun 2013	Permenkes No. 12 Tahun 2016	Permenkes No. 52 Tahun 2016	Permenkes No. 3 Tahun 2023
FKTP				
Puskesmas	Rp 3,000-6,000	Rp 3,000-6,000	Rp 3,000-6,000	Rp 3,600-9,000
RS Pratama, Klinik Pratama	Rp 8,000-10,000	Rp 8,000-10,000	Rp 8,000-10,000	Rp 9,000-16,000
Praktik Mandiri Dokter	Rp 8,000-10,000	Rp 8,000-10,000	Rp 8,000-10,000	Rp 8,300-15,000
Dokter Gigi	Rp 2,000	Rp 2,000	Rp 2,000	Rp 3,000-4,000

Sumber: (Menteri Kesehatan RI, 2023; 2016; 2013; 2016)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, yaitu Puskesmas, Klinik Pratama, RS Pratama atau tipe D, Praktek Mandiri Perorangan yang persyaratan mendapatkan pembayaran kapitasi dengan berdasarkan pada jumlah Dokter, rasio jumlah Dokter dengan jumlah peserta, jumlah Dokter Gigi, dan waktu pelayanan (BPJS Kesehatan, 2015).

Terdapat perbedaan mendasar dalam perubahan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023, yaitu adanya kriteria teknis berupa risiko peserta terdaftar. Risiko peserta terdaftar dihitung dengan menggunakan koefisien berdasarkan faktor jenis kelamin dan usia. Berikut adalah Tabel 4.5, kelompok usia dan jenis kelamin serta koefisien risikonya.

Tabel 4.5. Koefisien resiko berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin

Kelompok Usia (tahun)	Koefisien	
	Laki-laki	Perempuan
0 – 5	1,16	1,12
6 – 20	0,78	0,83
21 – 60	0,84	1,18
60 +	1,46	1,57

Sumber: (Kementerian kesehatan, 2023)



Salah satu penelitian yang diadakan pada tahun 2018 telah menghitung besaran kapitasi berdasarkan penyesuaian tarif riil dan utilisasi. Berikut adalah hasil perhitungannya pada Tabel 4.6 (Hidayat et al., 2018).

Tabel 4.6. Perhitungan besaran kapitasi berdasarkan penyesuaian tarif riil dan utilisasi tahun 2018

<b>FKTP</b>	<b>Hasil Perhitungan (Rp)</b>
Puskesmas	1,617 - 2,759
Klinik Pratama	10,994 - 11,812
Dokter Praktek Perorangan	11,191 - 12,525
Dokter gigi	7,087 - 9,575

Sumber: (Hidayat et al., 2018)

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk besaran kapitasi di Puskemas berdasarkan hasil perhitungan sudah berada di bawah besaran kapitasi yang ditetapkan pada tahun 2016. Sedangkan untuk Puskesmas, Klinik Pratama, DPP dan Dokter Gigi, besaran kapitasi hasil perhitungan lebih tinggi daripada tarif besaran kapitasi yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa, untuk FKTP selain Puskesmas, masih membutuhkan kenaikan tarif besaran kapitasi untuk bisa memberikan pelayanan yang lebih baik.

### 5.1 Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBK)

Setiap FKTP dapat menerima besaran kapitasi yang maksimal jika kinerjanya sangat baik dengan cara memenuhi indikator dari kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan (KBK) (Victor Fredrik Maramis et al., 2018). Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 2016. Peraturan yang mengatur mengenai KBK adalah Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang norma penetapan besaran kapitasi dan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Peraturan tersebut telah diperbaharui pada tahun 2017 dan 2019 (BPJS Kesehatan, 2015; 2019;

Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017).

Tujuan dari pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen adalah guna menjamin efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan yang diberikan oleh FKTP kepada peserta JKN. Penerapan dari pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen dilakukan apabila sudah terdapat kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKTP terkait dengan kriteria tertentu dengan melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi FKTP.

Pelaksanaan dari KBK sendiri dinilai dari pencapaian beberapa indikator, yaitu (BPJS Kesehatan, 2019):

1. Angka Kontak

Indikator angka kontak digunakan untuk mengetahui aksesibilitas dan utilisasi pelayanan kesehatan di FKTP. Indikator ini menghitung seberapa banyak peserta yang mempunyai kontak dengan FKTP baik di dalam ataupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta tersebut dalam satu bulan.

2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik

Indikator ini digunakan untuk mengetahui kualitas layanan di FKTP, apakah pelayanan di FKTP sesuai dengan kompetensinya. Selain itu indikator ini menilai apakah sistem rujukan sesuai dengan indikasi medis dan tidak terjadi penumpukan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

3. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung

Indikator ini digunakan mengetahui rutininas peserta Prolanis datang ke kegiatan Program Prolanis yang ditujukan untuk agar peserta Prolanis Diabetes Mellitus dan Hipertnesi dapat terkendali kondisi kesehatannya. Jumlah peserta Prolanis yang berkunjung dihitung per nomor identitas, bukan dihitung dari frekuensi kunjungan dalam satu bulan.

Terkait dengan target setiap indikator terdapat perubahan seperti pada Tabel 4.7 (BPJS Kesehatan, 2019; 2015; Kementerian

Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017)

Tabel 4.7. Target Indikator KBK

Indikator	Peraturan BPJS Kesehatan No 2 Tahun 2015	Peraturan Bersama Sekjen Kemenkes RI dan Direktur Utama BPJS Kesehatan No 2 Tahun 2017	Peraturan BPJS Kesehatan No 7 Tahun 2019
Angka Kontak	- Zona aman: $\geq 150$ per mil - Zona prestasi: $\geq 250$ per mil	$\geq 150$ per mil	$\geq 150$ per mil
Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik	- Zona aman: $< 5\%$ - Zona prestasi: $< 1\%$	$< 5\%$	$< 2\%$
Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (2015 dan 2017) Rasio Peserta Prolanis Terkendali (2019)	- Zona aman: $\geq 50\%$ - Zona prestasi: $\geq 90\%$	$\geq 50\%$	$\geq 5\%$

Sumber: (BPJS Kesehatan, 2019; 2015; Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017)

Selain itu, prosentase pembayaran kapitasi berbasis KBK juga bervariasi berdasarkan regulasi tahun 2015, 2017 dan 2019. Pada regulasi tahun 2015, FKTP bisa mendapatkan kapitasi dengan range prosentase antara 75% sampai dengan 115% dari besaran kapitasi. Sedangkan pada regulasi tahun 2017, *range*-nya antara 90% sampai 100%. Selanjutnya pada regulasi tahun 2019, *range* prosentase antara 95% sampai 100% (BPJS Kesehatan, 2015; 2019; Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017). Sistem ini menggunakan ukuran kinerja sebagai pemberian insentif,

sehingga bisa disebut sistem *Pay-for-Performance* (P4P).

Adanya pembayaran kapitasi berbasis KBK juga memberikan reaksi dari Dokter di FKTP berdasarkan penelitian pada tahun 2016. Meskipun Sebagian Dokter menyampaikan bahwa mereka puas dengan adanya evaluasi, setuju dengan indikator dan hasil evaluasi. Tetapi terdapat pula Dokter di FKTP yang berpendapat bahwa sistem, metode, indikator dan target KBK perlu diperbaiki. Selain itu mereka menginginkan kejelasan mengenai hasil KBK dan merasa bahwa dengan regulasi yang ada, hanya memberikan punishment saja berupa pengurangan besaran kapitasi (Maharani et al., 2022). Hal ini disebabkan karena pada regulasi tahun 2017 dan 2019 hanya terdapat pengurangan prosentase besaran kapitasi (di bawah 100%) (BPJS Kesehatan, 2015; 2019; Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017).

## 5.2 Pencairan dana kapitasi

Pencairan dana kapitasi dilakukan oleh BPJS Kesehatan paling lambat setiap tanggal 15 setiap bulannya dan masuk ke rekening FKTP. Jika pencairan dana terlambat, maka hal tersebut akan dapat mempengaruhi pada pelayanan kesehatan untuk peserta JKN (Kurniawan et al., 2016).

## 5.3 Pemanfaatan dana kapitasi

Pemanfaatan dana kapitasi di FKTP milik Pemerintah yang belum menerapkan pola keuangan Badan Layanan Umum (BLU), dapat digunakan untuk jasa pelayanan yang diberikan kepada pegawai serta untuk biaya operasional pelayanan kesehatan. Dana kapitasi dimanfaatkan untuk program, kegiatan, subkegiatan dan belanja FKTP dalam APBD. Alokasi dana kapitasi yang dapat digunakan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan untuk setiap FKTP minimal sebesar 60% dari jumlah penerimaan dana kapitasi. Pembayaran jasa pelayanan ini dipergunakan untuk membayar jasa pelayanan kesehatan untuk pegawai di FKTP, baik tenaga kesehatan serta non-kesehatan. Sisa dari dana kapitasi dikurangi dengan dana untuk pembayaran jasa pelayanan dapat digunakan untuk dukungan biaya operasional pelayanan

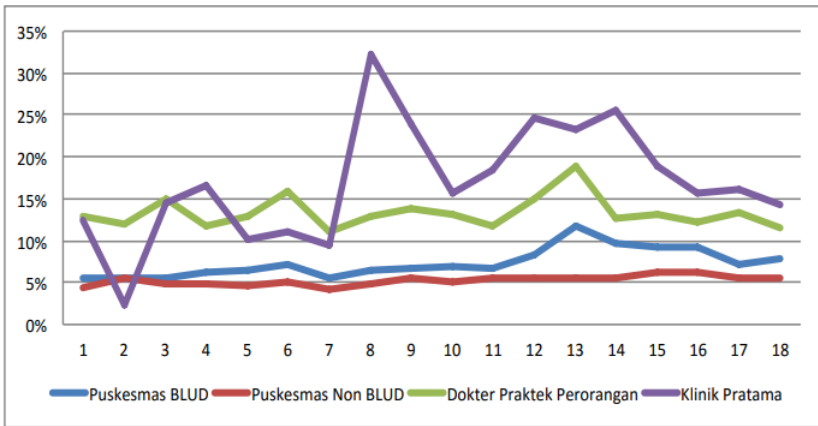
kesehatan. Yang dimaksud dengan biaya operasional pelayanan kesehatan adalah untuk pembiayaan obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, serta biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya (Menteri Kesehatan, 2022). Sedangkan, Klinik Pratama mungkin mengalami kesulitan dalam pendanaan. Klinik Pratama biasanya terkendala terkait pembangunan infrastruktur (Istiqomah et al., 2023).

#### 5.4. Kelebihan sistem pembayaran kapitasi

Suatu sistem pembayaran mempunyai kelebihan dan kekurangan. Begitu juga untuk sistem pembayaran kapitasi. Kelebihan sistem pembayaran kapitasi di era JKN disampaikan dalam salah satu penelitian di wilayah yang dikoordinir oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Semarang. Kelebihannya yaitu lebih mudah secara administrasi, lebih pastinya pendapatan yang akan diterima, besaran kapitasi yang cukup, dan merupakan sistem pembayaran yang lebih baik dan dapat menghemat keuangan negara. Bagi Dokter di Puskesmas, kelebihan kapitasi adalah menambah pendapatan dan menambah dana untuk kegiatan operasional (Maharani et al., 2022).

Kelebihan dari sistem pembayaran kapitasi adalah dana dan jumlah peserta yang didapat oleh FKTP jelas setiap bulannya yang akan membawa pada kemudahan perencanaan anggaran, tindakan medis tidak dipengaruhi oleh keuntungan materil, serta FKTP akan lebih menekankan tindakan promotif dan preventif untuk pesertanya (Istiqomah et al., 2023).

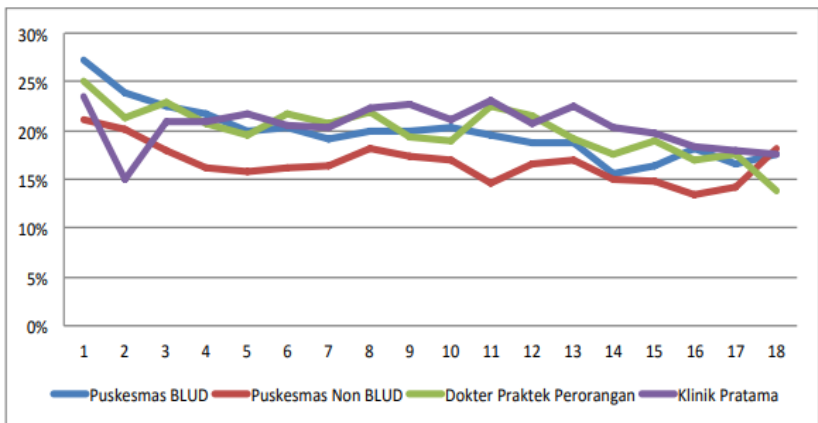
Penelitian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan tahun 2015 yang menganalisis pemanfaatan dan pengelolaan model pembayaran kapitasi FKTP di 20 kabupaten/kota yang terletak di Pulau Sumatera, Kalimantan, Jawa dan Bali. Data menunjukkan bahwa pemanfaatan dana kapitasi di FKTP dapat meningkatkan rasio utilisasi dan menurunkan rasio rujukan (BPJS Kesehatan & PKMK FKKMK UGM, 2015).



Gambar 4.4. Tren rasio utilisasi FKTP (n=384), bulan Januari 2014-Juni 2015

Sumber: BPJS Kesehatan & PKMK FKKMK UGM, (2015)

Pada dasarnya semua FKTP mengalami kenaikan rasio utilisasi, paling utama yaitu pada klinik pratama dan Dokter praktik perorangan. Besaran rata-rata rasio utilisasi klinik pratama berkisar 16,9%, sementara Dokter Praktik perorangan berkisar 13,3%. Peningkatan rasio utilisasi terjadi di semua daerah, terutama pada Kabupaten Kulon Progo dan Kota Pekalongan.



Gambar 4.5. Tren rasio rujukan FKTP (n=384), pada bulan Februari 2014-Mei 2015

Sumber: BPJS Kesehatan & PKMK FKKMK UGM (2015)

Semua FKTP pada daerah tempat penelitian cenderung menunjukkan penurunan rasio rujukan meskipun rata-rata rasio rujukannya cenderung di atas 15% dan bahkan mencapai 20% pada Klinik Pratama dan Dokter Praktik Perorangan. Tetapi kedua jenis faskes tersebut masih memiliki rasio utilisasi yang tinggi sehingga menyebabkan rasio rujukan yang tinggi.

### 5.5 Kelemahan sistem pembayaran kapitasi

Sistem pembayaran kapitasi memiliki kelemahan seperti sering terjadi *under treat* (menekan pasien demi keuntungan) serta *underutilization* (mengurangi layanan yang diberikan), realisasi rujukan berjenjang yang belum optimal, memungkinkan potensi terjadinya fraud karena adanya perpindahan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari Puskesmas ke FKTP swasta, waktu tunggu pasien lebih panjang (Istiqomah et al., 2023). Selain itu, jika data kepesertaan tidak valid dan tidak jelas, maka akan membuat PPK bertanya-tanya tentang jumlah kepesertaan di FKTP mereka. Sistem kapitasi juga menunjukkan bahwa distribusi peserta di setiap FKTP akan menentukan pendapatan tiap FKTP (Maharani et al., 2022).

Sistem pembayaran kapitasi pada FKTP juga harus memperhatikan kondisi seperti ketika terjadinya pandemi COVID-19 yang mengakibatkan penurunan jumlah pasien dan pengurangan layanan kesehatan. Pengurangan layanan kesehatan dapat berdampak negatif pada kualitas layanan kesehatan. Hal ini dikarenakan Dokter merasa dibatasi dalam memberikan pelayanan kesehatan dan merasa tidak fleksibel dengan adanya regulasi kapitasi. Sehingga dalam implementasinya, sistem pembayaran kapitasi perlu memperhatikan risiko pada FKTP. Selain itu, terdapat perubahan dalam tanggungjawab Puskesmas terhadap kewilayahan karena setiap FKTP lebih memperhatikan pesertanya masing-masing (Maharani et al., 2022; Syukran, 2023).

Selain itu, kelemahan atau kekurangan dari sistem pembayaran kapitasi cenderung menyebabkan meningkatnya angka rujukan FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan. Kondisi ini

dapat menurunkan efisiensi biaya perawatan yang sebenarnya menjadi salah satu strategi dalam pembiayaan kesehatan. Jika FKTP merujuk pasien ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan-FKTL (rumah sakit/spesialis), FKTP tidak perlu memberikan pelayanan kesehatan dan menghemat pengeluaran FKTP, sedangkan FKTP masih mendapatkan dana kapitasi. FKTP yang sejatinya menjadi gatekeeper dalam pelayanan kesehatan, saat ini belum bisa sepenuhnya menjadi penopang utama program JKN dengan kondisi tingkat rujukan dari FKTP ke FKTL yang cukup tinggi (Istiqomah et al., 2023).

## **SIMPULAN**

Indonesia telah mengalami perjalanan panjang dalam proses penjaminan kesehatan untuk dapat mencapai UHC. Begitu juga perjalanan kapitasi yang sudah berjalan sejak adanya DUKM pada tahun 80-an. Sistem pembayaran kapitasi yang diterapkan pada saat ini yaitu era JKN berdasarkan regulasi Pemerintah dan BPJS Kesehatan. Saat ini, terdapat juga mekanisme *Pay-for-Performance* untuk menilai kinerja FKTP dan hasilnya mempengaruhi besaran kapitasi yang dinamakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan (KBK). Seperti sistem pembayaran lainnya, sistem pembayaran kapitasi juga mempunyai kelebihan dan kelemahan. Kelebihannya yaitu lebih pastinya pendapatan yang diterima oleh PPK setiap bulannya, lebih mudah secara administrasi, menurunkan angka rujukan, serta meningkatkan kegiatan promotif dan preventif. Sedangkan kelemahan dari sistem kapitasi adalah sistem ini bisa menyebabkan kecenderungan FKTP untuk merujuk pasiennya ke FKTL untuk menghemat biaya di FKTP.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Alhabsyi, A., Thabrany, H., Azwar, A., & Bachtiar, A. (2007). *Pengaruh Pembayaran Kapitasi terhadap Deman Pelayanan Dokter dan Kepuasan Pasien*.
- Ananta, I. (2018). Penerapan Pola Pembayaran INA-CBGS BPJS Kesehatan dalam Tinjauan Regulasi dan Implementasi. *PROSIDING Seminar Nasional Dan Call for Papers "Tantangan*



*Pengembangan Ilmu Akuntansi, Inklusi Keuangan, Dan Kontribusinya Terhadap Pembangunan Ekonomi Berkelanjutan,* 275–290.

<http://www.depkes.go.id/resources/down>

Arifianto, A., Marianti, R., Budiyati, S., & The SMERU Research Institute. (2005). *Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Tabanan, Bali*. Lembaga Penelitian SMERU.

BPJS Kesehatan. (2015). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi Dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* (Vol. 1094). [www.peraturan.go.id](http://www.peraturan.go.id)

BPJS Kesehatan. (2019). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada FKTP*.

BPJS Kesehatan, & PKMK FKMK UGM. (2015). *Hasil Penelitian Pemanfaatan dan Pengelolaan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Program JKN di Indonesia)*.

BPJS Kesehatan. 2015 *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi Dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* (2015).

BPJS Kesehatan. 2019. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* (2019).

BPJS Ketenagakerjaan. (2021). *Tentang Kami Sejarah, Susunan Direksi dan Dewan, Visi Misi Perusahaan, dan Penghargaan*. <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/tentang-kami.html>.

- Coulam, R. F., & Gaumer, G. L. (1992). Medicare's prospective payment system: A critical appraisal. *Health Care Financing Review, 1991*(Suppl), 45–77.
- Damayanti, K. (2008). Kebijakan Asuransi Kesehatan Untuk Rakyat Miskin (Askeskin): Harapan dan Kenyataan Implementasi. *Pusat Kajian Manajemen Kebijakan LAN, 70–92.*
- Eastaugh 1981; Weeks, 1979.* (n.d.).
- Eden Health Team. (2022). *What is Utilization Management and What are the Benefits?* Eden Health. <https://www.edenhealth.com/blog/what-is-utilization-management/>
- Encyclopedia of Public Health Volume 1: A - H Volume 2: I - Z.* (2008). Springer.
- Fool, M. (2024). *Prospective Payment Plan vs Retrospective Payment Plan.* Nasdaq. <https://www.nasdaq.com/articles/prospective-payment-plan-vs-retrospective-payment-plan-2016-02-22>
- ForeSee Medical Team. (2023). *Benefits of a Prospective Payment System.*
- Guadiz-Padmohoedjo, L. (1995). *Historical Development* (2nd editio). PT. Askes Indonesia.
- Handayani, M., Ilmi, L. R., & Mubbarok, Z. (2023). Evaluasi Penerapan Pilot Project Global Budget Sebagai Sistem Pembayaran Klaim Pada RSUD Wates. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 8*(1).
- Hastuti, Usman, S., Mawardi, M. S., Sodo, R. J., Marbun, D., & Ruhmaniyati. (2010). *Peran Program Perlindungan Sosial dalam Meredam Dampak Krisis Keuangan Global 2008/09.*
- Hidayat, B., Pujiyanti E, Andalan A, Zahrina, H. Kn., & Martiningsih D. (2018). *Evaluasi Sistem Pembayaran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Era Jaminan Kesehatan Nasional: Biaya Riil Layanan di Rawat Jalan Tingkat Pertama Sebagai Dasar Perhitungan Besaran Kapitasi Program JKN.*
- Hutauruk, J., Trisnantoro, L., & Murti, B. (2000a). Evaluasi Pembiayaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

- Masyarakat (JPKM) di Kotamadya Medan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 03(01).
- Hutauruk, J., Trisnantoro, L., & Murti, B. (2000b). Evaluasi Pembiayaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Kotamadya Medan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 03(01).
- Istiqomah, A., Jayanti, I. P., Wijayanti, R., Hidayatullah, F., & Diah Oktadewi, F. (2023). Telaah Artikel: Implementasi Sistem Pembayaran Kapitasi pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Strategi dalam Mengatasi Kesenjangan Pelayanan Kesehatan. *Stomatognatic*, 20(1), 24–31.
- Kementerian Kesehatan. (2003). *Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BIDKES)*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *The Dance of Minds: 35 Tahun Badan LITBANGKES*.
- Kementerian Kesehatan. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan No 6 Tahun 2022 Tentang Penggunaan Jasa Pelayanan Kesehatan (BPJS) Dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan Dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah (2022).
- Kementerian Kesehatan. 2023 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2023).
- Kementerian Kesehatan. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 416/MENKES/PER/II/2011 (2011). [www.djpp.kemenumham.go.id](http://www.djpp.kemenumham.go.id)
- Kementerian Kesehatan. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (2016).

- Kementerian Kesehatan. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs) (2014).
- Kementerian Kesehatan. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (2014).
- Kementerian Kesehatan. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (2013).
- Kementerian Kesehatan. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 40 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (2012).
- Kementerian Kesehatan. 1993. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 571/ Menkes/ PER/VII/1993 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (1993).
- Kementerian Kesehatan. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (2016).
- Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan. 2017. Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 Nomor 2 Tahun 2017 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitas (2017).
- Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan. 2017. Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 Nomor 2 Tahun 2017 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi

- Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (2017).
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/XI/2004. (2004).
- Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 203 Tahun 1968 (1968).
- Kurniawan, M. F., Siswoyo, B. E., Mansyur, F., Aisyah, W., Revelino, D., & Gadistina, W. (2016). Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 5(3), 122–131.
- Maharani, C., Rahayu, S. R., Marx, M., & Loukanova, S. (2022). The National Health Insurance System of Indonesia and primary care physicians' job satisfaction: a prospective qualitative study. *Family Practice*, 39(1), 112–124. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab067>
- Mandiri Inhealth. (2024). *Tentang Mandiri Inhealth*. PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia. <https://www.inhealth.co.id/about>
- PAMJAKI. (2014a). *Asuransi Kesehatan Nasional (AKN)*.
- PAMJAKI. (2014b). *Managed Care Bagian A : Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. PAMJAKI.
- Presiden RI. 1991. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 69 Tahun 1991 Tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan Beserta Keluarganya (1991).
- Presiden RI.1984. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1984 Tentang Perusahaan Umum (PERUM) Husada Bhakti (1984).
- Presiden RI. 2013. Peraturan Pemerintah RI Nomor 22 Tahun 1984 Tentang Pemeliharaan Kesehatan PNS Beserta Anggota Keluarganya (1984).
- Presiden RI. 2013. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 (2013).
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (2013).

- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (2014).
- Presiden RI. (1992a). *Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 6 Tahun 1992 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero)*.
- Presiden RI. (1992b). *Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992*.
- Presiden RI. (1992c). *Undang-undang (UU) Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*.
- Rokx, C., Schieber, G., Harimurti, P., Tandon, A., & Somanathan, A. (2009). Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map. *The World Bank*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8006-2>
- Safriantini, D., Hendarartini, J., & Hafidz, F. (2014). Analisis Besaran Biaya Kapitasi dan Premi Berdasarkan Biaya Klaim dan Utilisasi JPK PT Jamsostek DIY. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 17(1), 14–21.
- Sekarningrum, N. (2017). *MIK-V Sistem Pembiayaan Kesehatan*. STIKES Widya Cipta Husada.
- Setyawan, F. E. B. (2015). Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Nature*, 11(2), 119–126. <https://doi.org/10.1038/271360a0>
- Sucahyono, E., Ghufron, A., & Hendrartini, J. (2002). Analisis Penetapan Besaran Nilai Kapitasi Penuh Berbasis Pada Tarif Riil dan Utilisasi Pelayanan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 5(1).
- Sugiarto, A., Hendrartini, J., & Mukti, A. G. (2003). Persepsi Stakeholder terhadap Perubahan Pola Kontrak Kapitasi Total Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Wajib PT. Askes dari Basis Kabupaten ke Basis Puskesmas di Kabupaten Kulonprogo. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kese*, 06(04).
- Suhartoyo. (2018). Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs. *Administrative Law and Governance Journal*, 1(2), 182–195. <https://doi.org/10.14710/alj.v1i2.182-195>

- Suryati, T., & Indriasih, E. (2007). Tinjauan Implementasi Kartu Berobat yang Dijamin Pemerintah di Puskesmas Tahun 2005 (Dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 10(2), 101–108.
- Suwandono, A., & Soendoro, T. (2000a). *The Social Safety Network in Health Sector (SSN-HS): Are Health Research Used to Improve Its Policies? A Case Study From Indonesia*.
- Suwandono, A., & Soendoro, T. (2000b). *The Social Safety Network in Health Sector (SSN-HS): Are Health Research Used to Improve Its Policies? A Case Study From Indonesia*.
- Syukran, M. (2023). Implementasi Sistem Pembayaran Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Primer: Literature Review. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(01), 7–14.
- Thabrany, H. (2000). *Managed Care: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Pusat Kajian Kebijakan Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- The World Bank, & USAID. (2009). *How-To Manuals: Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. The World Bank.
- Tim UJDIH BPK RI Perwakilan Provinsi Sulawesi Barat. (2015). *Mekanisme Pengelolaan dan Penatausahaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah Berdasarkan Peraturan Perundang-undang*.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (2004).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2023).
- Undang-Undang (UU) Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (2011).
- USAID, & BPJS Kesehatan. (2017). *BPJS-K Hospital Global Budgeting Pilot Project: Technical Assistance Supported by USAID/Indonesia*.
- Victor Fredrik Maramis, J., Mandagi, C. K., Wowor, R., & Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado ABSTRAK, F. (2018). Analisis Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis

Komitmen (KBK) Terhadap Pembayaran Dana Kapitasi di Puskesmas Wawonasa Kota Manado. *Jurnal KESMAS*, 7(4).