

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam rangka menjamin ketersediaan dan keterjangkauan harga obat, pemerintah di berbagai negara berupaya mengontrol pengeluaran biaya obat. Negara yang masih memiliki pola pikir kuratif rehabilitatif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya berorientasi pada pertumbuhan biaya obat yang tinggi (Wang *et al.*, 2014). Pendekatan lain yang dipilih sebuah negara sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya dapat dilakukan melalui mekanisme sistem kesehatan nasional, asuransi sosial, atau model asuransi swasta (Kulesher and Elizabeth Forrestal, 2014). Indonesia memilih mekanisme asuransi sosial dengan nama Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mulai diberlakukan bulan Januari 2014, dan ditunjuk pengelolanya adalah Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial Kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya selaku pengelola JKN, BPJS Kesehatan menentukan 2 kelompok Fasilitas Kesehatan, yakni Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). FKTP terdiri dari Puskesmas, Dokter Praktek Pribadi, dan Klinik Pratama. Sedangkan yang termasuk FKTL adalah Klinik Utama, dan Rumah Sakit dari tipe D Pratama sampai tipe (Kemenkes RI, 2014) . Antara FKTP dan FKTL keduanya saling berkaitan satu sama lain dalam melayani pasien BPJS Kesehatan. FKTP hanya diperbolehkan menangani 144 diagnosa nonspesialistik yang harus tuntas, tanpa dirujuk. Di luar 144 diagnosa tersebut, FKTP dapat merujuk ke FKTL untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik. Sehingga FKTP berfungsi sebagai penapis penyakit-penyakit yang dapat tuntas dilayani di layanan primer tanpa harus dirujuk. Selain tindakan kuratif dan rehabilitatif, di FKTP juga harus menggunakan pendekatan promotif dan preventif. Menggunakan sitem rujukan berjenjang, pasien yang tidak dapat ditangani di FKTP akan dirujuk ke RS tipe D atau C,

dan selanjutnya bila atas indikasi medis perlu dirujuk ke RS tipe B, sampai ke tipe A (Kemenkes RI, 2014). Sehingga rumah sakit tidak lagi berfungsi sebagai puskesmas raksasa yang melayani pasien dari penyakit layanan primer sampai ke layanan tingkat lanjut. Namun pada kenyataannya, berdasarkan data dari OCED dalam penelitian yang dilakukan oleh Budiarto dan Kristiana, biaya perawatan di Rumah Sakit Indonesia masih sangat tinggi mencapai 60%, sedangkan negara lain misalnya di Eropa Barat hanya 40%, Kanada 20% (Budiarto and Kristiana, 2015).

Metode pembayaran di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menggunakan kapitasi dan non kapitasi untuk pelayanan *ante natal care*, pertolongan persalinan, *post natal care*, dan kontrasepsi, sedangkan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut menggunakan INA- CBG's (Kemenkes RI, 2014 b). Berdasarkan penelitian Wasis dan Lusi didapatkan bahwa pelayanan obat menempati jumlah terbanyak dalam penggunaan dana kapitasi di puskesmas dan klinik pratama. Dana kapitasi untuk puskesmas sudah dapat mencukupi

kebutuhan operasional dan jasa medik, cenderung berlebih karena limpahan kepesertaan dari eks Jamkesmas yang dilebur ke BPJS Kesehatan dengan nama PBI (Penerima Bantuan Iuran). Dalam penelitian Kurniawan *et.al* (2016), peserta BPJS Kesehatan di puskesmas jumlahnya lebih besar yakni rata-rata empat sampai lima kali dibanding di klinik pratama dan dokter praktek mandiri (Kurniawan *et al.*, 2016). Dengan jumlah kapitasi yang didapat tergolong rendah, menurut Budiarto dan Kristiana, klinik pratama belum dapat menutupi biaya operasional khususnya biaya obat dan laboratorium tingkat pertama (Budiarto and Kristiana, 2015).

Untuk pembelian obat dan bahan habis pakai bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, secara aturan sudah dibantu dengan e-katalog. Namun, dalam prakteknya Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dimiliki swasta kesulitan mendapatkan obat dan alkes dengan harga e-katalog. Agar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat mencukupi kebutuhan operasional, maka pemberian obat harus rasional, agar biaya

yang dikeluarkan lebih efisien, namun efektif dalam pengobatan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang terdiri dari Klinik Pratama, Puskesmas, dan Praktek Dokter Mandiri memiliki pola kerja sama yang berbeda dalam hal pemenuhan kebutuhan obat dan pembiayaan obatnya, yang akan mengakibatkan perbedaan rata-rata biaya obat, persentase biaya obat terhadap kapitasi. Persentase biaya obat terhadap kapitasi pada Klinik Pratama lebih besar dibandingkan apotek jejaring yang bekerja sama dengan Dokter Praktek Mandiri dalam melayani pasien BPJS Kesehatan (Dewi, Satibi and Puspendari, 2015). Sehingga hal ini dapat dijadikan dasar peneliti untuk membatasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dijadikan objek hanya Klinik Pratama, dibandingkan Puskesmas yang sudah disubsidi oleh pemerintah serta memiliki kapitasi yang besar, serta Dokter Praktek Mandiri.

Menurut Permenkes No.189/Menkes/III/2006 berdasarkan rekomendasi WHO, besarnya biaya obat per pasien idealnya US\$2 (Dewi, Satibi and Puspendari, 2015). Biaya obat di apotek jejaring sebagai pelayanan kefarmasian Dokter Praktek

Mandiri rata-rata dalam rentang Rp.16.796,14-Rp.26.457. Sedangkan pada Klinik Pratama rata-rata dalam rentang Rp.6.621,77-Rp.16.034. Biaya obat di Klinik Pratama lebih rendah dibandingkan di apotek jejaring Dokter Praktek Mandiri, namun rata-rata persentase biaya obat terhadap kapitasi di Instalasi Farmasi Klinik Pratama lebih besar dibandingkan rata-rata persentase di apotek jejaring dokter praktek pribadi (Dewi, Satibi and Puspendari, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa, tingkat kunjungan pasien BPJS Kesehatan di Klinik Pratama lebih tinggi, sehingga walaupun rata-rata biaya obat rendah namun secara total mengambil dana kapitasi lebih banyak di banding di Praktek Dokter Mandiri.

Kota Cirebon memiliki dua puluh dua Puskesmas, tujuh Klinik Pratama, sembilan belas Dokter Praktek Mandiri, dan lima Dokter Gigi Praktek Mandiri, satu klinik TNI, satu klinik Polri yang telah menjadi provider BPJS Kesehatan. Pemilihan FKTP yang dipilih hanya klinik pratama, karena dalam perijinan klinik pratama harus memiliki Instalasi Farmasi

dalam satu atap, tidak bisa jejaring. Sedangkan pada dokter praktek pribadi, pelayanan obatnya bisa bekerja sama dengan apotek jejaring, atau apotek rujuk balik (Kemenkes RI, 2014).

Dalam metode pembayaran prospektif seperti kapitasi, pengelolaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebaiknya menghitung kembali biaya jasa dan biaya obat, agar kualitas pelayanan dapat meningkat dan secara keungan tidak defisit. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan FKTP dalam program JKN dilakukan uji coba penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Pengertian kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan adalah besaran kapitasi yang disesuaikan berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan. Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP, sesuai dengan Surat Edaran Bersama Kementerian Kesehatan dan Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan Nomor:

HK.03.03/IV/053/2016 dan Nomor 01 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan Dan Pemanatauan Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada FKTP dan Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor : HK.02.05/III/SK/089/2016 dan nomor 3 tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pada FKTP (BPJS Kesehatan, 2016)

Pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan tahun 2016 masih terbatas pada puskesmas, namun pada klinik pratama belum dilaksanakan. Pada klinik pratama, tetap dilakukan penilaian indikator setiap bulannya, namun pembayaran kapitasi belum dilaksanakan berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Berdasarkan hasil evaluasi dan masukan pelaksanaan di puskesmas, diperoleh perbaikan pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan yang dituangkan dalam peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Nomor : HK.01.08/III/980/2017 dan Nomor 02 Tahun 2017 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP (BPJS Kesehatan, 2017). Pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan didasarkan pada indikator : angka kontak, rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik, dan rasio peserta prolans rutin berkunjung ke FKTP. Target pemenuhan indikator komitmen pelayanan terjadi perubahan yang signifikan antara pelaksanaan tahun 2016 dengan tahun 2017. Bila pada tahun 2016 terdapat zona prestasi, zona aman, dan zona tidak aman, maka pada tahun 2017 hanya terdapat zona aman dan tidak aman. Pada petunjuk teknis terbaru ini, pembayaran kapitasi maksimal adalah sesuai norma kapitasi, sedangkan bila tidak memenuhi target pencapaian indikator, maka pembayaran kapitasi dikurangi , yakni di bawah norma kapitasi yang ditentukan (BPJS Kesehatan, 2017). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 1.1.

**Tabel 1.1 Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan
Komitmen Pelayanan**

No	Jumlah Pencapaian Indikator 2016			%	Jumlah Pencapaian Indikator 2017		%
	Zona Prestasi	Zona Aman	Zona Tidak Aman		Zona Aman	Zona Tidak Aman	
1	3	0	0	115%	3	0	100%
2	2	1	0	110%	2	1	95%
3	1	2	0	105%	1	2	92,5%
4	0	3	0	100%	0	3	90%
5		2	1	90%			
6		1	2	80%			
7	2		1	98%			
8	1	1	1	95%			
9	1		2	90%			
10			3	75%			

Sumber : BPJS Kesehatan Tahun 2016 dan 2017

Sosialisasi penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada Puskesmas, Klinik Pratama, Praktek dokter atau fasilitas kesehatan yang setara di Cirebon dilaksanakan pada tanggal 13 April 2016, dan telah diuji coba pada bulan Juli – Desember 2016, serta penerapan selambat-lambatnya akan dilakukan pada 1 Januari 2017 (BPJS Kesehatan, 2016). Namun, dikarenakan masukan berbagai pihak, telah ditentukan aturan baru di tahun 2017, bagi klinik paratama swasta dan praktik mandiri dokter tetap dilakukan penilaian kapitasi berbasis pemenuhan komitmen

pelayanan tanpa diterapkan sampai dengan tanggal 31 Desember 2017 (BPJS Kesehatan, 2017).

Dalam pelaksanaan program BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang sudah berlangsung sejak 1 Januari 2014, hal yang menjadi sorotan adalah kapitasi. Menurut Andayani & Satibi kapitasi harus layak dan memiliki nilai keekonomian besaran norma kapitasi, pembahasan penggunaan dana kapitasi, dan isu kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dibiayai dari kapitasi (Andayani and Satibi, 2016).

Sejak 2014, besaran kapitasi kepada klinik pratama swasta, dan dokter praktek pribadi belum ada kenaikan, yaitu Rp.10.000, dan Rp. 8.000 per orang per bulan (POPB). Di sisi lain, kenaikan biaya obat dan biaya operaional lainnya terus meningkat. Bila dibandingkan dengan puskesmas yang mendapatkan kapitasi sebesar Rp.6.000 per orang per bulan (POPB) , namun jumlah peserta yang dimiliki oleh puskesmas lebih banyak dibandingkan klinik pratama swasta dan praktek dokter pribadi. Menurut Thabrani (2017), jumlah kapitasi yang

didapat berlebih dari kebutuhan Puskesmas. Bahkan di Jakarta terdapat Puskesmas yang memiliki jumlah peserta terdaftar sebanyak 160.000, mendapatkan kapitasi sebesar 1 milyar dalam 1 bulan. Sementara di Klinik Pratama milik swasta dan Praktek Dokter mandiri masih terdapat kapitasi di bawah Rp.1.000.000 (Thabrany, 2017).

Dalam penelitian Andayani dan Satibi (2016), Kapitasi terhadap komponen obat dianggap layak apabila besaran nominalnya dikalikan dengan jumlah total peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar mencukupi kebutuhan seluruh obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama selama periode tertentu melalui pengobatan yang rasional (Andayani and Satibi, 2016).

Dalam perspektif manajemen FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, biaya obat termasuk ke dalam *variable cost* yang besar kecilnya dipengaruhi oleh *output / produksi*. Biaya obat akan naik jika jumlah kunjungan atau pasien naik, sebaliknya biaya obat akan turun, jika jumlah kunjungan atau pasien turun (Sulistyorini and Moediarso,

2012). Terkait dengan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, efisiensi nilai kapitasi yang didapat juga dipengaruhi oleh angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialisik, dan rasio peserta prolanis rutin berkunjung ke FKTP, yang bilamana tidak mencapai target indikator yang ditetapkan, kapitasi yang didapat akan dikurangi (BPJS Kesehatan, 2017).

Penambahan peserta BPJS terdaftar di Klinik Pratama, tidak serta merta meningkatkan kapitasi aktual yang didapat. Apabila indikator komitmen pelayanan diberlakukan, akan menurunkan kapitasi aktual di Klinik Pratama, sehingga bila dianalisis secara kuantitatif sebagian besar Klinik Pratama milik swasta mengalami defisit (Kurniawan et.al, 2015). Belum mencukupinya kapitasi pada Klinik Pratama milik swasta dapat dilihat dari kapitasi yang didapat yang didapat dan persentase biaya obat terhadap kapitasi.

Berdasarkan permasalahan di atas, penelitian ini perlu dilakukan untuk mengukur perbedaan kapitasi, persentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi

pendapatan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan klinik pratama di Kota Cirebon serta strateginya dalam memenuhi indikator komitmen pelayanan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana perbedaan kapitasi, persentase biaya obat sebelum dan sesudah simulasi pendapatan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan klinik pratama di Kota Cirebon, serta strateginya dalam memenuhi indikator komitmen pelayanan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum Penelitian

Mengetahui perbedaan kapitasi, persentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dan mengetahui strateginya dalam memenuhi indikator komitmen pelayanan.

2. Tujuan Khusus Penelitian

a. Mendeskripsikan pencapaian indikator komitmen

pelayanan, pendapatan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, dan persentase biaya obat.

- b. Mengukur perbedaan pendapatan kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.
- c. Mengukur perbedaan persentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.
- d. Menganalisis strategi klinik pratama dalam memenuhi indikator komitmen pelayanan.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Memperkaya khazanah keilmuan dan memperkuat hasil penelitian yang berkaitan dengan perbedaan kapitasi, persentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi kepitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

2. Aspek Praktis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi FKTP selaku provider BPJS Kesehatan dalam kendali mutu kendali biaya, serta dalam menghadapi perubahan pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan., dan strategi untuk mencapai indikator komitmen pelayanan.