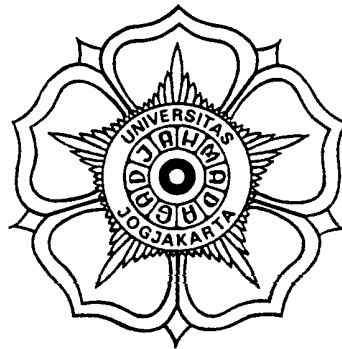


**PERSEPSI *STAKEHOLDER* TERHADAP PERUBAHAN POLA
KONTRAK KAPITASI TOTAL BIAYA PELAYANAN KESEHATAN
PESERTA WAJIB PT. ASKES
DARI BASIS KABUPATEN KE BASIS PUSKESMAS
DI KABUPATEN KULON PROGO**

Tesis

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S – 2

**Magister Kebijakan Pembiayaan Kesehatan & Asuransi Kesehatan
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jurusan Ilmu – Ilmu Kesehatan**



Diajukan oleh :
Agung Sugiarto
15239/III – 2/2523/00

Kepada
**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2003**



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

Persepsi Stakeholder terhadap perubahan pola kontrak kapitasi total biaya pelayanan kesehatan peserta wajib PT Askes dari basis Kabupaten ke basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo
SUGIARTO, Agung, drg. Julita Hendrartini, M.Kes

Universitas Gadjah Mada, 2003 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

Tesis

PERSEPSI STAKEHOLDER TERHADAP PERUBAHAN POLA KONTRAK KAPITASI TOTAL BIAYA PELAYANAN KESEHATAN PESERTA WAJIB PT ASKES DARI BASIS KABUPATEN KE BASIS PUSKESMAS DI KABUPATEN KULON PROGO

dipersiapkan dan disusun oleh

drg. Agung Sugiarto

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal 13 September 2003

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama

.....
drg. Julita Hendrartini, M.Kes

Pembimbing Pendamping I

.....
Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, MSc, PhD

Pembimbing Pendamping II

.....

Anggota Dewan Penguji Lain

.....
dr. Adi Utarini, MSc, MPH, PhD

.....
dr. Veronica Margo, M.Kes

.....
dr. Sigit Riyarto, M.Kes

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister

Tanggal



.....
dr. Hari Kusnanto, Dr. PH

Pengelola Program Studi : IKM



PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang telah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi. Sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacukan naskah ini dan disebutkan dalam Daftar Pustaka.

Yogyakarta, 12 September 2003

Drg. Agung Sugiarto

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayahNya sehingga penulisan tesis yang berjudul : Persepsi *Stakeholder* terhadap Perubahan Pola Kontrak Kapitasi Total Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Wajib PT. Askes dari Basis Kabupaten ke Basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo ini dapat penulis selesaikan.

Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai derajat Magister (S2) dalam bidang Kebijakan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga atas bimbingan dan bantuannya dalam penyelesaian penulisan tesis ini, kepada :

1. Prof. Dr. Ali Ghufroon Mukti MSc, PhD. selaku Ketua Pengelola Minat Utama Kebijakan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan beserta seluruh staf civitas akademika atas bantuan dan perhatiannya selama mengikuti perkuliahan.
2. Drg. Julita Hendrartini M.Kes. sebagai Pembimbing Utama atas bimbingannya mulai dari penulisan proposal sampai dengan penyelesaian penulisan tesis ini
3. Dr. Heru Waluyo Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti pendidikan di Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada

4. Rekan-rekan mahasiswa MAK angkatan 2000 serta semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu atas kerja sama dan dukungannya selama masa perkuliahan sampai penyelesaian penulisan tesis ini.

Selain itu ucapan terima kasih yang tulus juga penulis sampaikan kepada orang tua, istri dan anak-anak tercinta (Sesa dan Gilang) atas dorongan, pengorbanan serta doa restunya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan selanjutnya.

Akhirnya, semoga tesis ini ada manfaatnya. Semoga.

Yogyakarta, September 2003

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	I
LEMBAR PENGESAHAN.....	II
PERNYATAAN	III
PRAKATA	IV
DAFTAR ISI	VI
DAFTAR TABEL.....	VIII
DAFTAR GAMBAR	IX
DAFTAR LAMPIRAN.....	X
INTISARI.....	XI
ABSTRACT	XII
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah.....	8
C. Keaslian Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
E. Tujuan Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Telaah Pustaka	11
1. <i>Mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan.....</i>	<i>11</i>
2. <i>Pola kapitasi.....</i>	<i>14</i>
3. <i>Pola kapitasi total PT. ASKES.....</i>	<i>17</i>
4. <i>Sistem alokasi anggaran kapitasi PT. Askes.....</i>	<i>20</i>
5. <i>Gainsharing / bagi hasil.....</i>	<i>21</i>
6. <i>Persepsi</i>	<i>23</i>
7. <i>Stakeholder.....</i>	<i>24</i>
B. Landasan Teori	25
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	27
D. Pertanyaan Penelitian.....	27
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	28
A. Jenis Penelitian.....	28
B. Lokasi Penelitian.....	28
C. Unit Analisis.....	29
D. Subyek Penelitian.....	29
E. Alat Penelitian.....	29
F. Jalannya Penelitian.....	30
G. Pengumpulan Data dan Informasi.....	31

1. <i>Data Primer</i>	32
2. <i>Data sekunder</i>	32
H. Analisis Data	32
1. <i>Data kuantitatif</i>	32
2. <i>Data kualitatif</i>	33
I. Variabel Penelitian	34
J. Definisi Operasional Variabel Penelitian	34
K. Keterbatasan Penelitian	35
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	36
A. Data Kuantitatif	36
1. <i>Rasio Rujukan</i>	36
2. <i>Kecenderungan biaya pelayanan kesehatan</i>	40
B. Data Kualitatif	43
1. <i>Persepsi stakeholder terhadap perubahan pola kontrak kapitasi</i>	43
2. <i>Antisipasi stakeholder internal dalam menghadapi perubahan pola kontrak pembayaran kapitasi dengan PT. Askes.</i>	58
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	62
A. Kesimpulan	62
B. Saran	63
BAB VI RINGKASAN	65
A. LATAR BELAKANG	65
DAFTAR PUSTAKA	81

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbandingan biaya Yankes antara daerah kapitasi dan non kapitasi.....	4
Tabel 2. Perkembangan alokasi dan realisasi anggaran Kapitasi Total di Kabupaten Kulon Progo (Pola Basis Kabupaten)	4
Tabel 3. Perbandingan rerata rasio rujukan untuk kapitasi diatas 3.000 jiwa	37
Tabel 4. Perbandingan rerata rasio rujukan untuk kapitasi 2.000 s/d 3.000 jiwa	39
Tabel 5. Perbandingan rerata rasio rujukan untuk kapitasi 1.000 s/d 2.000 jiwa	39
Tabel 6. Perbandingan rerata rasio rujukan untuk kapitasi dibawah 1.000 jiwa.....	40
Tabel 7. Alokasi dan realisasi anggaran Kapitasi Basis Kabupaten	40
Tabel 8. Alokasi dan realisasi anggaran Kapitasi Basis Puskesmas	41
Tabel 9. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap aspek regulasi pelayanan peserta Askes	44
Tabel 10. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap aspek pelayanan paripurna peserta wajib Askes.....	50
Tabel 11. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap cara pembayaran kapitasi.....	54
Tabel 12. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan PT. Askes.....	56
Tabel 13. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan Rumah Sakit	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Pola Kapitasi Total Alternatif I.....	18
Gambar 2. Kapitasi Pola Alternatif II	19
Gambar 3. Pola Kapitasi Total Alternatif III.....	19
Gambar 4. Kerangka konsep penelitian	27
Gambar 5. Grafik Perbandingan rasio rujukan antara pola Kapitasi Basis Puskesmas dan Pola Kapitasi Basis Kabupaten.....	36

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. Panduan wawancara <i>stakeholder</i> internal.....	84
LAMPIRAN 2. Panduan wawancara <i>stakeholder</i> pengelola Askes di Kabupaten.....	90
LAMPIRAN 3. Daftar Pertanyaan untuk Kepala Puskesmas	93
LAMPIRAN 4. Tabel perbandingan rasio rujukan	96
LAMPIRAN 5. Tabel alokasi dan realisasi tahun 1999	97
LAMPIRAN 6. Tabel alokasi dan realisasi tahun 2000	98
LAMPIRAN 7. Tabel alokasi dan realisasi tahun 2001	99
LAMPIRAN 8. Tabel rasio rujukan tahun 2000 dan 2001	100
LAMPIRAN 9. Tabel rasio rujukan tahun 1998 dan 1999	101
LAMPIRAN 10. Tabel rasio rujukan tahun 1996 dan 1997	102
LAMPIRAN 11. Alokasi anggaran tahun 2003	103
LAMPIRAN 12. SK Bupati Kulon Progo	106
LAMPIRAN 13. SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo	109
LAMPIRAN 14. SK Bupati Bantul.....	112

INTISARI

Pola Kapitasi Total Basis Kabupaten yang dilaksanakan di Kabupaten Kulon Progo sejak tahun 1990 s/d 1998 ditengarai tidak mampu mendorong peningkatan fungsi *gatekeeper* serta tidak menumbuhkan rasa tanggung jawab dari Puskesmas. Akibat tidak berkembangnya fungsi *gatekeeper* maka pelayanan kesehatan menjadi tidak efisien, oleh karena itu sejak tahun 1999 PT. Askes merubah pola kontraknya ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui rasio rujukan, kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan serta mendeskripsikan persepsi *stakeholder* sebagai dampak perubahan pola kapitasi tersebut.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, data dan informasi diperoleh dari data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui penyebaran angket dan wawancara mendalam sedang data sekunder diperoleh melalui penelusuran dokumen-dokumen laporan PT. Askes. Data dianalisa secara kuantitatif dan kualitatif, analisa kuantitatif digunakan untuk mengetahui rasio rujukan dan kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan sedang analisa kualitatif untuk mendeskripsikan persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum *stakeholder* baik eksternal maupun internal memiliki persepsi positif terhadap perubahan pola kapitasi serta menyatakan bahwa pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih baik dari pada pola Basis Kabupaten, namun disisi lain pihak Puskesmas belum sepenuhnya berperan sebagai *gatekeeper* yang menerapkan prinsip-prinsip pembayaran kapitasi secara utuh. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa rerata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dibanding pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten. Penurunan rasio rujukan terjadi pada seluruh Puskesmas dengan kepesertaan diatas 3000 jiwa sedang pada kelompok Puskesmas dengan kepesertaan dibawah 1000 jiwa penurunan rasio rujukan hanya terjadi pada 33 % Puskesmas. Kecenderungan biaya pelayanan kesehatan turun dari 17 % per tahun pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten menjadi 15 % per tahun pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas, kecenderungan peningkatan biaya rawat inap juga turun dari 11 % per tahun menjadi 8 % per tahun, yang lebih menarik adalah terjadinya kecenderungan menurun untuk pelayanan Rawat Jalan Lanjutan sampai mencapai 15 % per tahun.

Hasil penelitian ini memberikan rekomendasi : 1) Pola Kapitasi Total Basis Puskesmas tetap dilanjutkan, 2) Puskesmas dengan kepesertaan Askes yang kecil agar digabung dalam satu kontrak.

Kata kunci : Kapitasi, Persepsi, *Stakeholder*

ABSTRACT

Background: PT Askes capitation contract based on district level that could not stimulate the efficiency of the public health services was changed to the Public Health Service base. This study to evaluate the stakeholder perceptions, the number of referrals and the trend of health cost after the policy change in 1999.

Method: This study used a quasy experimental design. The data taken from primary and secondary sources utilizing qualitative and quantitative approaches. The data were collected using questionnaires, in depth interview, in addition to the data of capitation contract based on district level policy in 1996 –1998 and capitation contract based on Public Health Service level in 1999-2001. The referral ratio and the health costs trend were examined quantitatively. The perception of the stakeholders which are the Head of the Public Health Service (19), the Head of Health Office District and The Branch Manager of PT Akes perceptions were examined qualitatively.

Result: The result of this study indicates: 1). that there is a decreasing number of refferal patiens, 2) the decreasing trend of the health costs and 3) the perception of the stakeholders in the Total Capitation Contract based on Public Health Service is positif.

Recommendation : The results recommendates that 1) Capitation contract based on Public Health Sevices should be further continued; 2) The health public services with small group of member should be merged in one contract

Key words: capitation, perception, stakeholder

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sejak beberapa tahun belakangan ini masalah biaya kesehatan telah banyak menarik perhatian, bukan saja dikalangan para praktisi bidang kesehatan tetapi telah meluas menjadi isu politik. Perdana Menteri Margareth Thatcher memperoleh rekomendasi untuk merubah secara drastis *National Health Service* di Inggris oleh karena alasan pembiayaan kesehatan yang dirasakan semakin berat, bahkan Presiden Clinton berhasil memenangkan pemilihan Presiden untuk kedua kalinya berkat isu *Health care Reform* yang dicanangkan sebagai prioritas pemerintahannya (Sulastomo, 2000).

Di Amerika Serikat dalam kurun waktu dasa warsa 1980 – 1990 kenaikan biaya pelayanan kesehatannya mencapai sekitar 12 % per tahun, di RRC selama kurun waktu 1990 – 1997 peningkatan biaya pelayanan kesehatan mencapai 400 – 500 % sedang di Indonesia sesuai laporan tahunan PT Askes dalam kurun waktu 1990 – 1994 kenaikan biaya pelayanan kesehatan mencapai 203 %.

Tingginya inflasi biaya pelayanan kesehatan dalam hal ini disebabkan oleh dua faktor ; (1) meningkatnya pemanfaatan pelayanan termasuk kehadiran teknologi baru dan (2) kenaikan riil harga pelayanan kesehatan, sehingga dapat dipahami jika biaya pelayanan kesehatan akan selalu lebih tinggi dari tingkat inflasi.

Kenyataan tersebut dari segi pembiayaan menghasilkan apa yang disebut sebagai *The law of medical money*, hukum ini menyatakan bahwa berapapun jumlah

uang yang disediakan untuk pelayanan kesehatan akan diserap habis, mengingat kebutuhan (*needs*) dari para konsumen/peserta dan keinginan dari para *Health provider* untuk memberikan pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan alokasi anggarannya. Fenomena inilah yang mendorong pelayanan kesehatan menjadi lebih komersial dan ini akan berjalan terus secara alami sampai ada upaya untuk mengendalikannya.

Dalam hal pengendalian biaya pelayanan kesehatan adalah sangat menarik mencermati peranan PT. Askes yang telah puluhan tahun berkecimpung dalam pemeliharaan kesehatan. PT. Askes merupakan suatu Badan Usaha Milik Negara yang secara teknis berada dibawah Departemen Kesehatan yang bertugas untuk menyelenggarakan program pemeliharaan kesehatan sebagaimana diatur didalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991. Adapun maksud dan tujuan pendiriannya adalah sebagai penyelenggara pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Perintis Kemerdekaan dan Veteran beserta keluarganya, serta pihak lain yang ikut serta dalam program pemeliharaan tersebut.

Sejarah PT. Askes diwarnai oleh beberapa kali perubahan bentuk kelembagaannya, dari bentuk Badan Kepres No. 230/1968 berubah menjadi Perum PP No. 22 dan 23/1984 kemudian berubah lagi menjadi suatu Persero (PT) PP No. 69/1991 dan No. 6/1992 sampai sekarang. Perubahan status kelembagaan tersebut disertai dengan perubahan sistem pembayaran kepada *provider* yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitasnya. Langkah-langkah itu harus ditempuh oleh PT. Askes oleh karena kenaikan biaya pelayanan kesehatan kurang diimbangi oleh

kenaikan premi bagi peserta Askes wajib sehingga beban perusahaan (PT. Askes) semakin berat.

Pengendalian biaya untuk mengatasi masalah tersebut diatas telah dilaksanakan oleh PT. Askes melalui : (1) Pada 1 Januari 1987 bersama-sama para ahli klinik dan farmakolog menetapkan Daftar dan Plafond Harga Obat, (2) pada tanggal 1 Juli 1987 diberlakukan penerapan konsep Kapitasi, konsep Rujukan, dan konsep Dokter Keluarga untuk pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama, (3) mulai 1 Juli 1988 diberlakukan tarif paket Rawat Inap Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di RS Pemerintah dan (4) Studi mengenai Kapitasi Total. Studi mengenai kapitasi total dimulai pada tahun 1989 di Semarang dan Medan yang mewakili daerah perkotaan sedang Kulon Progo, Balikpapan, Grobogan dan Dairi mewakili daerah pedesaan.

Pelaksanaan uji coba kapitasi total di Kabupaten Kulon Progo dimulai sejak 1 Januari 1990, dengan ditanda tangannya Perjanjian Kerja Sama antara PT. Askes dengan Pemerintah Daerah Tingkat II Kulon Progo No. 022.A / 12-PKS/0697, kemudian diperbaharui dengan Perjanjian Kerja Sama Nomor: 585/1511/VI/1977 tertanggal 2 Juni 1997 yang berlaku mulai 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Desember 1999, tentang pemeliharaan kesehatan bagi peserta Asuransi Kesehatan PT. Askes dan anggota keluarganya dengan sistem kapitasi total.

Dari evaluasi pelaksanaan uji coba kapitasi total di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan bahwa kecenderungan kenaikan biaya pemeliharaan kesehatan daerah Kapitasi Total Basis Kabupaten ternyata lebih rendah dibanding

daerah non kapitasi total, didaerah kapitasi rerata kenaikannya hanya 16 % sedang didaerah non kapitasi kenaikannya mencapai 26 % bahkan di kabupaten Sleman mengalami penurunan (tabel 1).

Tabel 1. Perbandingan biaya Yankes antara daerah kapitasi dan non kapitasi

DI Yogyakarta	Biaya th 1993	Biaya th 1994	Kenaikan (%)
Kulon Progo (kapitasi)	Rp. 15.111,-	Rp. 17.788,-	17,7
Sleman (Kapitasi)	Rp. 13.066,-	Rp. 11.435,-	(12,5)
Gunung Kidul (kapitasi)	Rp. 14.730,-	Rp. 16.923,-	14,9
Bantul (non kapitasi)	Rp. 14.493,-	Rp. 17.903,-	23,5
Yogyakarta (non kapitasi)	Rp. 9.914,-	Rp. 12.760,-	28,7

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Tabel 2. Perkembangan alokasi dan realisasi anggaran Kapitasi Total di Kabupaten Kulon Progo (Pola Kapitasi Basis Kabupaten)

Tahun	Alokasi	Realisasi	%	Saldo
1990	186.218.480	181.134.683	97,26	5.083.797
1991	201.218.700	202.112.795	100,44	(894.095)
1992	212.137.130	210.532.374	99,24	1.604.756
1993	242.311.810	230.341.591	95,05	11.970.219
1994	288.169.520	278.204.332	96,54	9.965.188
1995	307.948.080	283.059.697	91,92	24.888.383
1996	327.515.780	319.394.530	97,52	8.121.250
1997	346.259.940	339.349.012	98,00	6.910.928
1998	445.201.873	408.057.644	91,66	37.144.229

Sumber : Laporan Evaluasi Kapitasi Total

Alokasi anggaran untuk pelayanan kesehatan peserta wajib PT. Askes KPC 12-01 di Kabupaten Kulon Progo setiap tahunnya selalu bertambah (tabel 2), tetapi peningkatan alokasi tersebut juga selalu diikuti oleh penyerapannya rerata 96 %. Keadaan tersebut menunjukkan bahwa dari keseluruhan alokasi anggaran PT Askes untuk Kabupaten Kulon Progo hanya tersisa sekitar 4% saja yang dibagikan sebagai insentif untuk *provider* dan *stakeholder* lainnya.

Pada awalnya pola kapitasi yang diuji cobakan di Kabupaten Kulon Progo adalah pola Kapitasi Total Basis Kabupaten, yakni suatu cara pembayaran kapitasi yang berbasis kabupaten. Dalam pola Kapitasi Total Basis Kabupaten Dinas Kesehatan memiliki wewenang yang besar untuk menetapkan kontrak serta mendistribusikannya kepada seluruh Puskesmas, pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dilaksanakan di kabupaten Kulon Progo sejak tahun 1990 sampai dengan tahun 1998. Dalam perkembangannya, pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dirasakan masih belum mampu mendorong fungsi *gate keeper* dan tidak menumbuhkan rasa tanggung jawab dari Puskesmas, dampak dari tidak berkembangnya fungsi *gate keeper* Puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kurang efisien, oleh karena itu sejak tahun 1999 PT. Askes KPC 1202 melakukan perubahan pola kontraknya, dari pola Kapitasi Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.

Pola kontrak Kapitasi Total Basis Puskesmas diharapkan dapat lebih mendorong Puskesmas untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan serta memberi peran penuh Puskesmas sebagai *gatekeeper*. Peran sebagai *gate keeper* mengharuskan Puskesmas untuk memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna

dengan meningkatkan kemampuannya dibidang teknis medis agar dapat menekan rujukan pasien ke rumah sakit. Pola kapitasi berbasis Puskesmas juga meningkatkan kerja sama antara PT. Askes dan Puskesmas dalam pengawasan pelayanan pihak Rumah Sakit.

Penetapan alokasi anggaran pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas berasal dari realisasi anggaran per Puskesmas tahun sebelumnya, tanpa mengikut-sertakan kasus-kasus katastrofis, seperti; Biaya Hemodialisa dan CAPD, operasi jantung dan Paru, transplantasi organ dan pelayanan ESWL. Kasus-kasus katastrofis dikeluarkan dari alokasi anggaran dengan tujuan memberikan peluang kepada Puskesmas agar dapat mengelola keuangannya secara efisien tanpa mengorbankan mutu pelayanan dengan menitik beratkan pada pelayanan promotif dan preventif.

Perubahan pola kontrak dari kontrak berbasis kabupaten ke pola kontrak berbasis Puskesmas mendorong peran Puskesmas sebagai *gate keeper*, disisi lain isu desentralisasi dan restrukturisasi Dinas Kesehatan memberi keleluasaan gerak Puskesmas untuk lebih mandiri dalam mengurus rumah tangganya, termasuk dalam penetapan kerja sama dengan pihak ketiga. Dua faktor tersebut akan mewarnai pola kerja sama antara Puskesmas sebagai *gate keeper* dan PT. Askes dimasa mendatang.

Dari observasi awal, beberapa Kepala Puskesmas menyatakan bahwa alokasi anggaran kapitasi biaya pelayanan yang dilakukan oleh PT. Askes hanya berdasarkan pada kesesuaian antara alokasi dan realisasinya. Jika realisasi meningkat maka alokasi tahun berikutnya juga meningkat, sedang jika realisasi lebih kecil dari alokasinya maka untuk tahun berikutnya bisa dipastikan alokasinya akan dikurangi.

Pada alokasi tahun pertama (1999) pola kapitasi berbasis Puskesmas pihak manajemen menyampaikan bahwa alokasi anggaran ditetapkan berdasar data realisasi selama 4 bulan pelayanan kemudian diproyeksi untuk penetapan anggaran selama satu tahun. Akibat pola penetapan yang demikian maka terjadi defisit pada 50% Puskesmas, karena kenyataannya realisasi biaya yang dibutuhkan hampir dua kali lipat alokasi anggaran kapitasinya.

Secara prinsip, cara menghitung biaya kapitasi tidaklah terlalu sulit. Kesulitan terbesarnya adalah bahwa banyak Penyedia Pelayanan Kesehatan (*provider*) dan Badan Penyelenggara tidak memiliki informasi yang cukup untuk bisa menghitung besar biaya kapitasi yang memuaskan kedua belah pihak. Kunci terpenting untuk keberhasilan pembayaran kapitasi adalah transparansi data dan informasi utilisasi serta biaya antara Bapel dengan *provider*. Apabila transparansi tidak bisa direalisasikan, tidak ada kesepakatan biaya serta kontrak pembayaran kapitasi hanya bergantung pada tekanan politik semata maka tidak bisa diharapkan sistem pembayaran kapitasi tersebut dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan.

Pada dasarnya kemampuan untuk mencapai penurunan biaya pelayanan kesehatan sebagian ditentukan oleh mekanisme pembayaran jasa kepada *provider*/dokter. Sumber utama penghematan berasal dari penurunan kasus-kasus rawat inap serta adanya pembatasan-pembatasan dari *provider* jika dirasa ada pelayanan-pelayanan yang berlebihan, seperti keinginan peserta agar ditangani oleh dokter spesialis di Rumah Sakit untuk kasus-kasus penyakit yang sebenarnya dapat ditangani di Puskesmas dll.

B. Perumusan Masalah

Dengan kebijakan PT. Askes KPC 12-02 melakukan perubahan pola kontrak kerja sama untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi peserta Askes wajib di Kabupaten Kulon Progo, dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke Pola Kapitasi Total Basis Puskesmas yang memberi peranan Puskesmas sebagai *Gatekeeper* sepenuhnya, maka permasalahannya adalah :

1. Bagaimana persepsi *stakeholder* dalam menanggapi perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?
2. Bagaimana rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?
3. Bagaimana kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan peserta Askes di Kabupaten Kulon Progo pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten (1996 s/d 1998) dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas (1999 s/d 2001) ?

C. Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelusuran pustaka yang dilakukan penulis, belum pernah ada penelitian yang membahas mengenai Persepsi *Stakeholder* terhadap Perubahan Pola Kontrak Kapitasi Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Wajib PT. Askes di Kabupaten Kulon Progo. Penelitian yang hampir serupa telah dilakukan oleh Thaib (2002) tentang Persepsi *Stakeholder* terhadap Mekanisme Pembiayaan Pasien Askes di

RSUD Dr. Yuliddin Away, penelitian tersebut mengungkap mengenai defisit yang terjadi akibat kesenjangan antara pola tarif Perda dan pola tarif SKB serta bagaimana persepsi *stakeholder* menyikapi hal tersebut. Tapaktuan.Sitorus (1999) melakukan penelitian evaluasi pelayanan asuransi kesehatan sebagai sumber pembiayaan di RS HKBP Balige. Penelitian tersebut membandingkan /mengevaluasi antara pelayanan Askes dengan konsep *managed care* dari segi proses, input dan output. Noer Chotimah (2000) meneliti mengenai factor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dan motivasi dokter keluarga PT. Askes dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta wajib PT. Askes. Penelitian ini mengkaji persepsi *stakeholder* terhadap perubahan kontrak kapitasi total dari Pola Kapitasi Basis Kabupaten ke Pola Kapitasi Basis Puskesmas, yang ingin diungkap dalam penelitian ini adalah hal-hal yang berkaitan dengan persepsi *provider* terhadap seluruh aspek mekanisme pembayaran kapitasi serta dampaknya terhadap *stakeholder* lainnya serta mengamati pola rasio rujukan dan kecenderungan kenaikan biaya baik pada pola Kapitasi Basis Kabupaten maupun pada pola Kapitasi Basis Puskesmas.

D. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada pihak Manajemen PT. Askes KPC 12-02 tentang sistem kontrak kerja sama serta pola kapitasi yang sesuai untuk Kabupaten Kulon Progo.

2. Memberi masukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dalam menentukan pola kontrak / kerja sama pelayanan kesehatan bagi peserta wajib PT. Askes.
3. Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan bagi penulis dan para Kepala Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo dalam mengelola Puskesmas selaku *gatekeeper* dalam sistim kapitasi total biaya pelayanan bagi peserta wajib PT.Askes yang terdaftar di Kabupaten Kulon Progo.

E. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang perubahan pola kontrak kapitasi total dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas serta dampaknya terhadap Puskesmas selaku *gatekeeper* maupun *stakeholder* lainnya di tingkat kabupaten. Adapun tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.
2. Untuk mengetahui rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.
3. Untuk mengetahui kecenderungan kenaikan biaya pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan

Mekanisme pembayaran merupakan suatu cara untuk menetapkan insentif perilaku bagi pelaku pelayanan yang kompleks, yang mempengaruhi hubungan antara pelaku dan pembayar, baik pasien maupun pihak ketiga. Pihak pembayar seringkali mengalami kesulitan menilai kualitas pelayanan yang diberikan. Keadaan ini memungkinkan kebebasan tertentu bagi pelaku pelayanan untuk bereaksi terhadap insentif yang diterimanya, yang cenderung meningkatkan kesejahteraan pelaku dari pada kesejahteraan pasien.

Apabila pelaku pelayanan dihargai dengan mekanisme pembayaran menurut indikator pekerjaan yang dilakukan, maka terdapat insentif bagi pelaku yang hanya memperhatikan indikator tersebut. Sebagai contoh, apabila dokter dibayar dengan dasar gaji, maka mereka akan bekerja sesuai lama kerja yang disebutkan pada kontrak, tanpa berusaha menggunakannya secara produktif. Sebaliknya apabila dokter dibayar berdasarkan pelayanan yang diberikan (*fee for service*), maka kecenderungannya akan memberikan pelayanan yang berlebihan. Apabila harga tetap, secara langsung insentif pelaku mempengaruhi jumlah pelayanan serta struktur barang dan pelayanan yang diberikan. Pada gilirannya keadaan ini mempengaruhi

pembelanjaan keseluruhan pembayar pihak ketiga atau pasien, sehingga secara langsung mempengaruhi pendapatan pelaku atau dokter (Hendratini, 2000)

Menurut WHO (1993) terdapat 7 metode pembayaran utama kepada dokter/*provider*, yakni sebagai berikut :

- a. Pembayaran berdasar pelayanan (*fee for service*). Pembayaran per item pelayanan, yaitu tindakan diagnosis, terapi, pelayanan pengobatan dan tindakan diidentifikasi satu per satu, kemudian dijumlahkan dan ditagih rekeningnya.
- b. Pembayaran berdasar kasus (*case payment*). Pembayaran bagi paket pelayanan atau episod pelayanan. Pembayaran tidak didasarkan oleh item seperti pada pembayaran *fee for service*.
- c. Pembayaran berdasar hari (*daily charge*). Pembayaran langsung dengan jumlah tetap per hari bagi pelayanan atau hospitalisasi.
- d. Pembayaran bonus atau *flat rate (bonus payment)*. Pembayaran langsung sejumlah yang disepakati (biasanya global) bagi tipe pelayanan yang diberikan.
- e. Kapitasi. Pembayaran dengan jumlah yang ditetapkan berdasarkan jumlah orang yang menjadi tanggung jawab dokter/*provider* dalam waktu tertentu (biasanya dalam satu tahun).
- f. Gaji (*salary*) yaitu pendapatan per tahun yang tidak dihitung berdasarkan beban kerja atau biaya pelayanan yang diberikan.

g. Anggaran global. Seluruh anggaran pelaksanaan ditetapkan dimuka yang dirancang untuk menyediakan pengeluaran tertinggi, tetapi memungkinkan pemanfaatan dana secara fleksibel dalam batas tertentu.

Berbagai bentuk mekanisme pembayaran semuanya dimaksudkan untuk dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, namun tidak dapat disangkal bahwa mekanisme pembayaran tersebut mempunyai dampak terhadap perilaku dokter/*provider* yang sangat menentukan tercapainya efisiensi yang dikehendaki. Secara garis besar mekanisme pembayaran kepada dokter/*provider* dibedakan menjadi dua, yakni : (1) *Retrospective Payment System* yaitu sistem pembayaran kepada dokter/*provider* yang dilakukan setelah pelayanan kesehatan diberikan dan (2) *Prospective Payment System*, yaitu sistem pembayaran kepada dokter/*provider* yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Kedua cara pembayaran diatas mempengaruhi konsekuensi pembiayaannya, pada skema pembayaran prospektif terdapat insentif untuk meminimalkan biaya meskipun dengan sedikit menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan. Sedangkan pada sistem pembayaran retrospektif, pelaku memperoleh insentif untuk memaksimalkan jumlah pengeluaran yang dibayar kembali. Memaksimalkan pembayaran retrospektif, kemungkinan berarti memaksimalkan beberapa indikator pelayanan seperti lama perawatan di rumah sakit atau menaikkan jumlah pelayanan yang diberikan.

2. Pola kapitasi

Setiap Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan dewasa ini menghadapi suatu fenomena yang sama, yaitu meningkatnya biaya pelayanan kesehatan yang cenderung drastis dan mutu pelayanan kesehatan yang belum tentu sebanding dengan biaya yang dikeluarkan. Karena itu dua masalah pokok pada setiap penyelenggaraan program asuransi kesehatan, adalah bagaimana pelayanan kesehatan itu diberikan (*Health Care Delivery System*) dan bagaimana pembiayaan pelayanan kesehatan bagi pesertanya (*Financing of Health Care*).

Pembiayaan pelayanan kesehatan diarahkan untuk mencapai tingkat efisiensi yang setinggi-tingginya, tanpa mengabaikan terselenggaranya kualitas pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Beberapa sistem pembayaran pada Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*) telah banyak dikenal, salah satu sistem pembayaran kepada *Health Provider* yang banyak digunakan adalah Sistem Pembayaran Kapitasi.

Sistem Pembayaran Kapitasi sebagai salah satu bentuk *Prospective Payment System* secara sederhana didefinisikan sebagai suatu cara pembayaran oleh Pengelola Dana (*resources management*) kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*) untuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya, yang besar biayanya tidak dihitung berdasarkan jenis maupun jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan, melainkan berdasar jumlah jiwa (kapita) yang menjadi tugas/tanggung jawab suatu Penyedia Pelayanan Kesehatan (Eastaugh, 1981; Feldstein, 1983).

Definisi klasik kapitasi adalah : *A method of payment for healthcare services in which the provider accepts a fixed amount of payment per subscriber, per period of time (typically in monthly increments) in return for providing all specified services over a specified time period* (samuels, 1996).

Menurut Azwar (1998) sistem pembayaran kapitasi pada dasarnya dikembangkan dari tiga prinsip pokok. Ketiga prinsip pokok yang dimaksud adalah : (1) Prinsip kemungkinan timbulnya resiko (*risk probability*), (2) Prinsip membagi resiko (*risk sharing*) dan (3) Prinsip pelayanan yang profesional (*profesionalism*).

Ketiga prinsip tersebut saling terkait serta sama pentingnya, namun jika ditinjau dari kepentingan pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan prinsip pelayanan yang profesional mempunyai peranan yang sangat menentukan. Artinya untuk mengurangi munculnya resiko yang tidak diharapkan, pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan tidak menggantungkan diri hanya pada hukum kemungkinan saja, melainkan juga harus diupayakan secara profesional. Dari prinsip ketiga ini mengharuskan pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan mengutamakan pelayanan promosi dan pencegahan penyakit yang biayanya relatif lebih murah.

Lebih lanjut Estaugh (1981), dan Feldstein (1983) menguraikan mengenai keuntungan dan kerugian sistem pembayaran kapitasi. Keuntungan sistem pembayaran kapitasi adalah : (1) Administrasi Badan Asuransi maupun PPK lebih sederhana, (2) Pendapatan pihak PPK lebih stabil, (3) Pelayanan kesehatan akan lebih efisien, (4) Pelayanan kesehatan lebih mengutamakan promosi dan prevensi (pencegahan penyakit).

Chiswick 1976; Goldberg & Greenberg 1980; Luft 1981 menyatakan bahwa terdapat penurunan antara 10 % s/d 40 % yang dipengaruhi oleh perubahan mekanisme pembayaran dari *fee for service* ke HMO's model. Menurut Sulastomo (2000) hasil evaluasi uji coba Kapitasi Total pada PT. Askes menunjukkan terjadinya efisiensi biaya pelayanan kesehatan, hal ini tampak pada kecenderungan kenaikan biaya di daerah uji coba kapitasi hanya berkisar 15 %, sementara di daerah non kapitasi kecenderungannya mencapai 26 %.

Disamping manfaat tersebut, sistem pembayaran kapitasi ternyata juga menimbulkan beberapa kerugian, yaitu : (1) Pihak PPK kurang bersungguh-sungguh memberikan pelayanan kesehatan, (2) Peserta tidak mendapatkan pelayanan kesehatan seperti yang diinginkan, (3) Pembatasan terhadap kewenangan serta otonomi profesi, (4) Penetapan besarnya kapitasi yang tidak wajar.

Pembayaran secara kapitasi memerlukan prinsip Hukum Angka Besar, hukum ini pada dasarnya menunjukkan bahwa dengan jumlah tertanggung yang semakin besar maka semakin dekat biaya aktual dengan perkiraan yang dihitung atas dasar populasi yang sebanding. Banyak orang mempunyai persepsi yang salah mengenai Hukum angka besar dengan menyatakan bahwa apabila jumlah peserta dalam sebuah asuransi besar maka semakin murah premi yang harus dibayar. Hukum angka besar merupakan hukum yang berkembang menurut fenomena alamiah, dimana segala sesuatu terdistribusi menurut kurva normal. Semakin besar populasi semakin besar pula nilai rata-rata prediksi mendekati nilai rata-rata sebenarnya dari populasi tersebut. Dengan demikian untuk jumlah tertanggung relatif kecil *provider* yang

dikontrak secara kapitasi dapat menanggung resiko yang besar, hal inilah yang menyebabkan banyak *provider* yang tidak terbiasa menanggung resiko akan memilih tidak dibayar secara kapitasi (Thabrany, 1998).

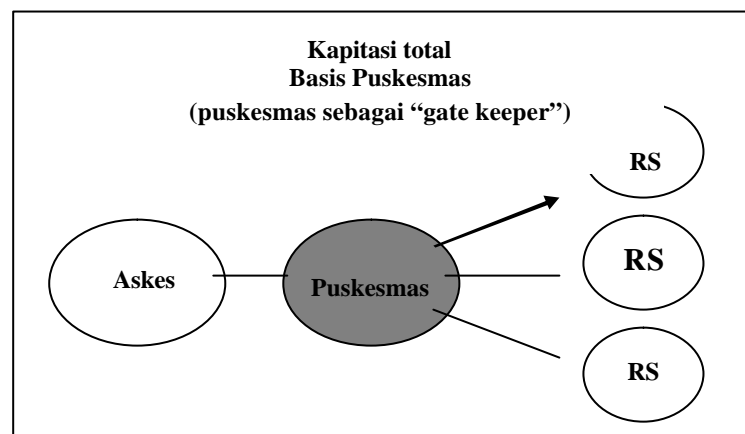
Di Amerika, hanya sebagian kecil saja HMO yang membayar secara kapitasi, data dari HIAA menunjukkan bahwa hanya sekitar 8 % saja HMO yang membayar secara kapitasi. Sedikitnya pembayaran kapitasi kepada dokter disebabkan karena volume kontrak kapitasi dengan individual dokter/*provider* tidak mungkin dalam jumlah besar, oleh karena itu peluang resiko bagi dokter/*provider* menjadi relatif besar. Akibatnya tidak banyak dokter/*provider* yang bersedia dibayar dengan kapitasi (HIAA, 2000).

3. Pola kapitasi total PT. ASKES

Pembayaran kapitasi bervariasi dari pembayaran terbatas untuk rawat jalan tingkat pertama tanpa obat, bisa dengan obat, bisa termasuk rawat jalan lanjutan dan bahkan termasuk rawat inap. Pembayaran kapitasi untuk jenis pelayanan rawat jalan tertentu dikenal dengan nama *primary care capitation*, sedangkan bila dokter menanggung resiko untuk seluruh pelayanan rawat jalan, rujukan dan perawatan dirumah sakit disebut *full capitation* (Boland,1993).

Istilah-istilah kapitasi tidaklah standart. Steenwyk (1989, cit. Thabrany1998) menggunakan istilah *universal capitation rate*, sedang PT ASKES menggunakan istilah Kapitasi Total. Semuanya sangat tergantung lingkup dan sistem pembayaran kapitasi yang dikehendaki.

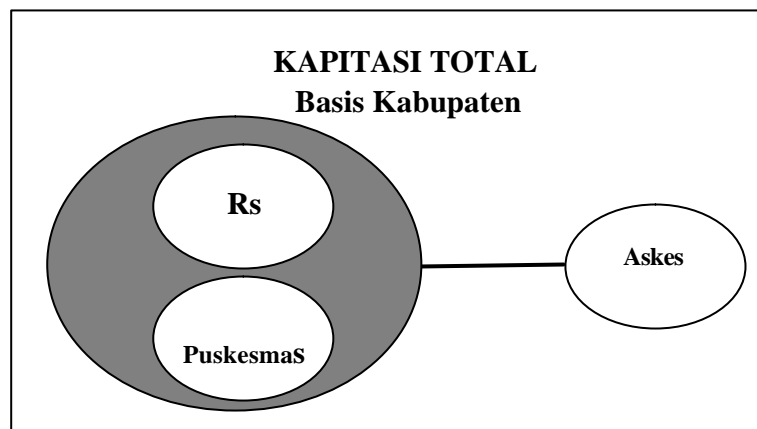
Lebih jauh Sulastomo (2000) menguraikan, terdapat beberapa pola Kapitasi Total yang dilaksanakan oleh PT. ASKES, yakni; Pola Kapitasi Total Alternatif I (Pola Kapitasi Total Basis Puskesmas) dan Pola Kapitasi Total Alternatif II (Pola Kapitasi Total Basis Kabupaten).



Sumber : Sulastomo (2000) *Pembiayaan Kesehatan*

Gambar 1. Pola Kapitasi Total Alternatif I

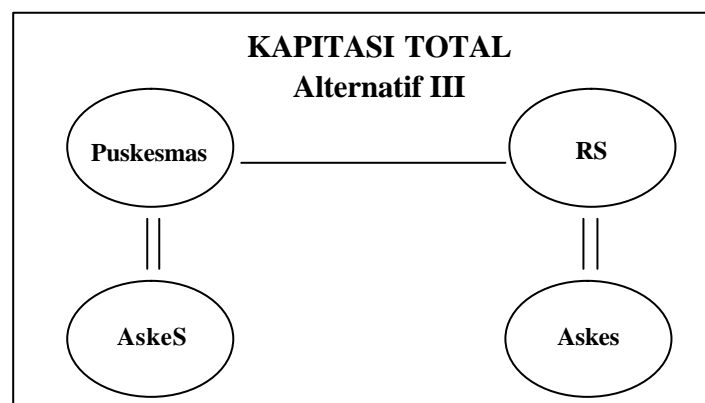
Pola Kapitasi Total Basis Puskesmas (Gambar 1) memberikan peranan Puskesmas/Dokter Keluarga sebagai *Gate keeper* dan sekaligus sebagai pemegang peranan utama dalam pengendalian biaya pelayanan kesehatan. Ciri-ciri Pola Kapitasi Total Basis Puskesmas adalah : (1) Ikatan Kerja Sama antara Puskesmas dan PT. Askes, Kapitasi Total di Puskesmas, (2) Peranan Puskesmas meningkat, dorongan untuk mengendalikan mutu / biaya pelayanan kesehatan, (3) Puskesmas sebagai *gate keeper*, pengendali utama pelayanan dan biaya pelayanan, (4) Proses administrasi di Askes, Askes dan Puskesmas bekerja sama dalam pengawasan pelayanan RS.



Sumber : Sulastomo (2000) *Pembiayaan Kesehatan*

Gambar 2. Kapitasi Pola Alternatif II

Pola Kapitasi Total Basis Kabupaten (Gambar 2) memberikan peranan kepada Puskesmas dan Rumah Sakit secara bersama-sama untuk dapat mengendalikan biaya dan mutu pelayanan kesehatan. Karakteristik dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten adalah sbb : (1) Ikatan Kerja Sama antara PT. ASKES dan PPK, (2) Kerja sama RS/Puskesmas meningkat, (3) Standar-standar pelayanan/diagnose/terapi dan *transfer of knowledge* meningkat, (4) Peranan pengawasan PT. ASKES meningkat.



Sumber : Sulastomo (2000) *Pembiayaan Kesehatan*

Gambar 3. Pola Kapitasi Total Alternatif III

Pola Kapitasi Total Alternatif III (Gambar 3) adalah suatu pembayaran kapitasi yang memisahkan alokasi biaya kepada Puskesmas dan Rumah Sakit, namun tetap bekerja sama dalam pengendalian rujukan. Ciri-ciri dari model ini adalah : (1) PT.ASKES mengadakan Ikatan Kerja Sama secara terpisah antara Puskesmas dan Rumah Sakit, (2) Alokasi anggaran kapitasi terpisah antara Puskesmas dan RS, (3) Pembagian imbalan jasa lebih jelas, (4) Puskesmas dan Rumah Sakit bekerja sama dalam pengendalian biaya Rawat Jalan Lanjutan.

4. Sistem alokasi anggaran kapitasi PT. Askes

Berdasarkan penuturan pihak manajemen PT.Askes KPC 12-02 alokasi anggaran KPC telah ditetapkan oleh Kantor Cabang, kemudian pihak KPC mengalokasikan untuk masing-masing *gatekeeper* dengan memperhatikan realisasi biaya pelayanan tahun sebelumnya. Dari penelusuran laporan antara alokasi dan realisasi baik pada pola Basis Kabupaten maupun pola Basis Puskesmas menunjukkan bahwa alokasi anggaran selalu meningkat tetapi penyerapannya juga selalu bertambah.

Menurut Perjanjian Kerja Sama antara PT. Askes dan Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo yang dimaksud dengan anggaran biaya adalah alokasi dana yang disediakan untuk masa 1 tahun, dimana untuk pelayanan dasar dibagi menjadi dua tahap/semester, sedangkan untuk pelayanan rujukan bersifat tetap untuk satu tahun, kecuali terjadi perubahan tarif yang berlaku untuk peserta Askes secara Nasional.

Besarnya alokasi biaya pelayanan secara keseluruhan per tahun dihitung berdasarkan atas : (1) Tarif pelayanan sesuai yang diatur dalam Surat Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri yang berlaku, serta mengikuti tarif resmi pelayanan lainnya sesuai ketentuan dari PT. Askes yang berlaku. (2) Dasar perhitungan Kapitasi RJTP ditentukan berdasar jumlah nyata/riil Kartu Askes (per jiwa) yang terdaftar di Puskesmas per tanggal 31 Desember tahun sebelumnya (anggaran semester I) sedang anggaran semester II berdasarkan jumlah kartu Askes (per jiwa) per tanggal 30 Juni untuk tahun berjalan, (3) Jumlah prakiraan kasus Rawat Jalan Tingkat Lanjut, Rawat Inap Tingkat Lanjut dan kasus pelayanan lainnya yang akan terjadi dalam satu tahun diperhitungkan berdasarkan realisasi kasus pada tahun sebelumnya (Perjanjian kerja sama, 1999)

Pada alokasi tahun pertama pola Kapitasi Total Basis Puskesmas pihak manajemen menyampaikan bahwa alokasi anggaran ditetapkan berdasar data realisasi selama 4 bulan pelayanan kemudian diproyeksi untuk penetapan anggaran selama satu tahun. Akibat pola penetapan yang demikian maka terjadi defisit pada 50% *gate keeper*, karena kenyataannya realisasi biaya yang dibutuhkan hampir dua kali lipat alokasi anggaran kapitasinya.

5. *Gainsharing* / bagi hasil

Gainsharing/bagi hasil merupakan suatu formula yang didasarkan pada rencana insentif kelompok dimana karyawan menyumbang pada perolehan pendapatan perusahaan dari peningkatan prestasi mereka (Gibson *et al.* 1996) *Profit*

sharing sebagai prasyarat pembayaran secara kapitasi merupakan salah satu bentuk dari *Gainsharing* yang sangat luas digunakan, di Amerika program ini merupakan program insentif yang cepat berkembang, sebagian karena keyakinan bahwa *profit sharing* dapat mendorong motivasi dan kerja kelompok. Sekitar 26 % perusahaan di Amerika Serikat memanfaatkan program ini. *Profit sharing* memungkinkan pekerja berpartisipasi dalam perolehan laba organisasi. Rencana yang matang harus menghasilkan suatu formula yang mantap yang diterapkan sebelumnya untuk mengalokasikan kontribusi yang dibuat diantara anggota dan untuk mendistribusikan perolehan keuntungan untuk jangka waktu tertentu.

Berdasarkan Perjanjian Kerja Sama antara PT. Askes Kantor Cabang Jawa Tengah dan DIY dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo tentang pemeliharaan kesehatan bagi peserta asuransi kesehatan Indonesia di Kabupaten Kulon Progo dengan sistem kapitasi total Nomor : 087/12-02 PKS/0399, pembagian sisa dana sebagai *profit sharing* diatur sebagai berikut : (1) Sisa dana 0 - 10 % dibagi 90 % untuk PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit) dan 10 % untuk Dinas Kesehatan Kabupaten, (2) sisa dana >10 – 15 % pembagian sisa dana yang 5 % diatur 50 % untuk PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 40 % kembali ke PT. Askes, (3) sisa dana > 15 – 20 % pembagian sisa dana yang 5 % diatur 30 % PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 60 % kembali ke PT. Askes, (4) sisa dana lebih dari 20 %, kelebihan sisa dana dikembalikan ke PT. Askes tanpa ada pembagian ke PPK maupun Dinas Kesehatan (Perjanjian Kerja Sama, 1999)

6. Persepsi

Persepsi adalah proses ketika individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indera mereka agar memberikan makna bagi lingkungan sekitarnya, secara sederhana pengertian persepsi adalah pemberian makna terhadap hasil pengamatan yang dilakukan oleh individu terhadap suatu objek (Yusuf,1991). Menurut Sarwono (1991) persepsi merupakan pengamatan terhadap suatu objek yang ditangkap oleh indera dan dipersepsikan pada bagian tertentu otak manusia, akan tetapi tidak semua stimulus tersebut kita perhatikan, karena kalau semuanya dipersepsikan akan menyebabkan kita bingung dan kewalahan. Oleh karenanya, kemudian ada proses pemilihan (*perceptual selection*) untuk mencegah kebingungan tersebut dan menjadikan lingkungan kita lebih berarti (Gitosudarmo, 2000).

Menurut Desiderato (*cit. Rakhmat, 1992*) persepsi ialah pengalaman tentang objek peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan, lebih lanjut dikatakan bahwa persepsi memberikan makna pada stimuli inderawi (*sensori stimuli*). Atkinson dan Hilgar (1991) mengatakan bahwa persepsi merupakan proses mengorganisasikan dan menafsirkan pola stimulus dalam lingkungannya. Kertapati (1981) memperkuat pengertian tersebut dengan mengatakan bahwa persepsi ialah suatu proses ketika seseorang sadar akan keadaan lingkungan sekitarnya. Selanjutnya menurut Becker (1974), persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, wawasan dan pengetahuan. Persepsi dipengaruhi oleh pendidikan dan keadaan sosial budaya setempat.

Thoha (1986) mengemukakan bahwa persepsi pada hakekatnya adalah proses kognitif yang dialami setiap orang didalam memahami informasi tentang lingkungannya baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Kunci untuk memahami persepsi adalah terletak pada pengenalan bahwa persepsi itu merupakan suatu penafsiran yang unik terhadap situasi. Berdasarkan beberapa pendapat diatas, maka persepsi dapat dimengerti sebagai proses kognitif yang dialami setiap orang didalam memahami informasi atau pengalaman dimasa lalu, wujud interpretasi itu tergantung pada faktor pembawa informasi, jadi persepsi itu jauh lebih kompleks dan luas dari pada sensasi. Proses persepsi itu melibatkan interaksi yang kompleks dari seleksi, organisasi dan interpretasi, meskipun persepsi itu sebagian besar tergantung dari obyek-obyek panca indera sebagai data kasar, proses kognitif dapat memfilter, memodifikasi atau mengubah sama sekali data tersebut.

7. Stakeholder

Menurut Clarkson (cit, Greenley & Foxall, 1977) *stakeholder* artinya pihak yang berkepentingan dan dapat mempengaruhi tujuan organisasi tersebut. Sedangkan Savage, Taylor, Rotarius dan Buessler (1977) menyatakan bahwa *stakeholder* adalah perorangan atau organisasi yang dapat menentukan kebijakan dalam hal keuangan atau kebijakan politis. Dalam hal pola kontrak kapitasi biaya pelayanan kesehatan peserta Askes wajib melibatkan *stakeholder* eksternal dan *stakeholder* internal. Adapun yang dimaksud *stakeholder* eksternal dalam hal ini adalah pihak-pihak yang

berkepentingan dengan pola kontrak kapitasi namun berada diluar organisasi Pemberi Pelayanan Kesehatan (Puskesmas), yang termasuk dalam *stakeholder* eksternal adalah PT Askes, Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, Peserta Wajib Askes, DPRD kabupaten dll.

Sifat-sifat *stakeholder* yang positif terhadap organisasi pelayanan kesehatan meliputi : 1) bersedia menempuh resiko dalam pengembangan organisasi pelayanan kesehatan, 2) bersifat proaktif, 3) bersifat mendukung/suportif, 4) mempunyai kepercayaan terhadap organisasi pelayanan kesehatan, 5) bersifat antusias/memperhatikan dan bersemangat tinggi terhadap organisasi pelayanan kesehatan, 6) terbuka/tidak apriori terhadap ide perubahan dan 7) terbuka/tidak apriori terhadap inovasi-inovasi (Trisnantoro, 2001)

B. Landasan Teori

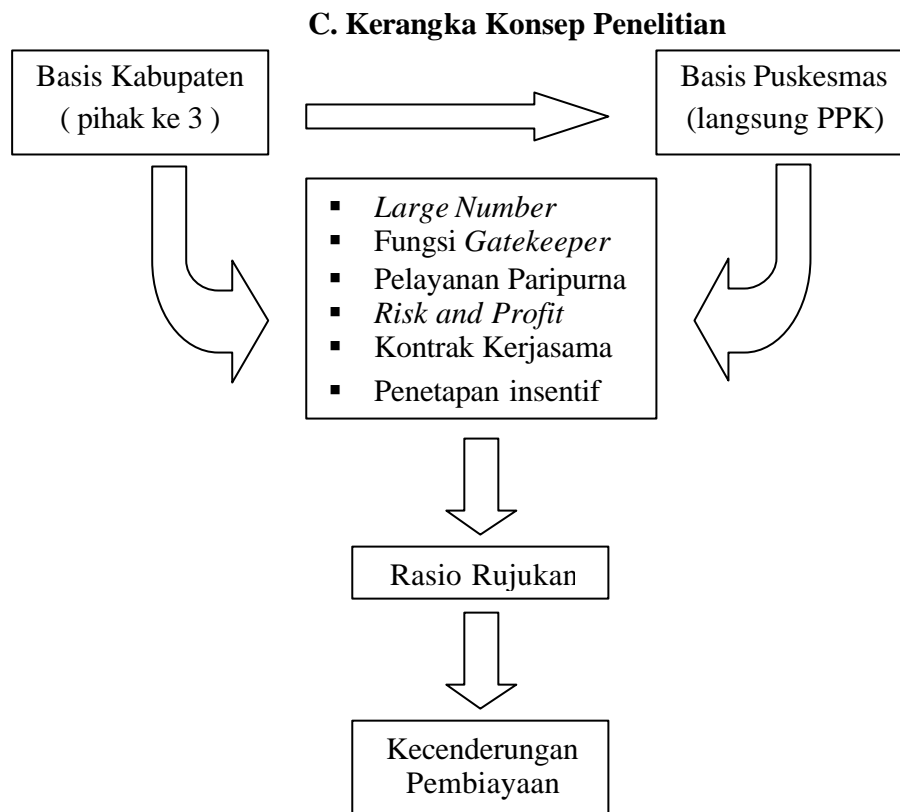
Kemampuan untuk mencapai penurunan biaya pelayanan kesehatan sebagian ditentukan oleh mekanisme pembayaran jasa kepada *provider*, dari bermacam-macam sistem pembayaran salah satunya adalah sistem pembayaran kapitasi. Berbagai bentuk mekanisme pembayaran semuanya dimaksudkan untuk dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, namun tidak dapat disangkal bahwa mekanisme pembayaran tersebut mempunyai dampak terhadap perilaku dokter/*provider* yang sangat menentukan tercapainya efisiensi yang dikehendaki..

Sistem pembayaran kapitasi mensyaratkan adanya *risk and profit sharing*, agar tercapai pelayanan kesehatan yang efisien *provider*/Puskesmas selaku *gate*

keeper harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang menitikberatkan pada pelayanan promosi dan prevensi yang diimbangi dengan kemampuan menyelenggarakan pelayanan kuratif sehingga dapat menekan kasus rujukan ke Rumah Sakit. *Gatekeeper* akan termotivasi dan siap bekerja jika imbalan ditetapkan secara wajar dan adil.

Dalam sistem pola kapitasi PT. Askes hanya menerapkan konsep *profit sharing* tetapi tidak menganut konsep *risk sharing*, jika kapitasi diterapkan untuk rawat jalan tingkat pertama di PPK I maka harus ada insentif yang diberikan untuk mengontrol pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjut maupun rawat inap.

Dilain pihak penetapan alokasi kapitasi biaya pelayanan seharusnya menggunakan teknik-teknik penetapan yang berdasar metode aktuarial dengan memperhatikan *the law of large number* karena cara pembayaran kapitasi membutuhkan kepesertaan yang besar bukan saja untuk kepentingan finansial *provider* tetapi juga diperlukan agar sebaran resiko terdistribusi mengikuti kurve normal. Penetapan alokasi juga harus memperhatikan *experience rate* yang didukung oleh sistem informasi yang handal serta mengedepankan transparansi antar pihak yang berkepentingan, jika tidak ada kesepakatan biaya serta kontrak pembayaran kapitasi hanya bergantung pada tekanan politik semata maka tidak bisa diharapkan sistem pembayaran kapitasi tersebut dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan.



Gambar 4. Kerangka konsep penelitian

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah rerata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?
2. Bagaimanakah kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan peserta Askes pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?
3. Bagaimanakah persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian Quasi eksperimental yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Metode penelitian ini digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2002). Metode analisis yang digunakan adalah secara kualitatif dan kuantitatif, metode kuantitatif digunakan untuk mengetahui ratio rujukan dan mengamati *trend* pembiayaan baik pada pola kapitasi Basis Kabupaten maupun pada pola kapitasi Basis Puskesmas, sedang metode kualitatif digunakan untuk mendeskripsikan persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kapitasi dari Basis Kabupaten ke pola kapitasi Basis Puskesmas.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 19 Puskesmas, Dinas Kesehatan dan Kantor Perwakilan Cabang 12-02 PT Askes. Penetapan Kabupaten Kulon Progo sebagai lokasi penelitian dengan alasan; Kabupaten Kulon Progo merupakan salah satu daerah uji coba kapitasi total sejak tahun 1990.

C. Unit Analisis

Dalam penelitian ini unit analisisnya adalah individu Kepala Puskesmas yang melakukan kontrak kerja sama dengan PT. Askes sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan peserta wajib Askes.

D. Subyek Penelitian

Untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penelitian ini diperoleh dari unsur pimpinan baik dari pihak PT. Askes KPC 12-02 maupun pihak Dinas kesehatan serta Puskesmas, dengan demikian responden dalam penelitian ini adalah orang-orang tertentu yang dianggap mengetahui dan dapat memberikan informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perubahan kebijakan tersebut. Subyek penelitian terdiri atas :

1. *Stakeholder* internal terdiri atas 19 Kepala Puskesmas
2. *Stake holder* eksternal ; pengelola Askes di tingkat Kabupaten yang terdiri atas :
 - a. Kepala Dinas : 1 orang
 - b. KaSubDin : 1 orang
 - c. Kepala KPC 12-02 : 1 orang

E. Alat Penelitian

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini meliputi angket dan pedoman wawancara mendalam. Angket berisi sejumlah pernyataan yang diharapkan mampu mengungkap persepsi subyek terhadap cara pembayaran kapitasi

dan perubahan pola kapitasi dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas. Pernyataan-pernyataan dalam angket meliputi aspek regulasi, aspek pelayanan paripurna, aspek pola kontrak kapitasi, aspek hubungan dengan rumah sakit dan aspek hubungan dengan PT. Askes.

Selain menggunakan daftar pernyataan dalam angket penelitian ini juga menggunakan pedoman wawancara mendalam untuk mengetahui persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kapitasi dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas. Pedoman wawancara terdiri atas 2 bagian, yakni pedoman wawancara untuk *stakeholder* internal (kepala Puskesmas) dan *stakeholder* eksternal (pengelola Askes ditingkat kabupaten)

F. Jalannya Penelitian

Kegiatan penelitian ini dibagi dalam beberapa tahap, *tahap pertama*, penulis mengadakan wawancara dengan pihak manajemen PT. Askes KPC 12-02 untuk memperoleh informasi seputar kebijakan perubahan dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas serta informasi mengenai cara penetapan alokasi anggaran kapitasi biaya pelayanan untuk masing-masing *gatekeeper*.

Tahap kedua adalah melakukan penyebaran angket kepada 19 Kepala Puskesmas di wilayah Kabupaten Kulon Progo sedang untuk pengumpulannya kembali dilakukan oleh seorang petugas yang bertindak sebagai pewawancara melalui metode wawancara mendalam.

Tahap ketiga adalah melaksanakan wawancara mendalam dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada *stakeholder* mengenai persepsinya terhadap perubahan mekanisme pembayaran dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas, persepsi yang dimaksud adalah tanggapannya terhadap seluruh aspek yang berhubungan dengan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas serta dampak perubahan tersebut terhadap *stakeholder*.

Tahap keempat adalah analisis data hasil pengumpulan data melalui angket maupun wawancara mendalam dengan *stakeholder*.

Tahap kelima melakukan diskusi untuk memperoleh kesepakatan serta antisipasi kedepan yang berkaitan dengan pembayaran kapitasi PT. Askes. Peserta diskusi adalah *stakeholder* internal yang terdiri atas 8 Kepala Puskesmas sebagai perwakilan dari 3 kelompok kategori ; kelompok pertama merupakan perwakilan Puskesmas dengan jumlah peserta 2000 jiwa atau lebih, kelompok kedua merupakan perwakilan Puskesmas dengan jumlah peserta antara 1000 s/d 1999 jiwa sedang kelompok ketiga merupakan perwakilan dari Puskesmas dengan jumlah peserta dibawah 1000 jiwa.

G. Pengumpulan Data dan Informasi

Data dan informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Yaitu data atau informasi yang diperoleh atau dikumpulkan melalui angket dan wawancara mendalam (*indepth interview*).

Wawancara mendalam (*indepth interview*), untuk memperoleh data kualitatif yang berkaitan dengan pengalaman, pendapat dan tanggapan para Kepala Puskesmas maupun *stakeholder* pengelola Askes di Kabupaten berkaitan dengan perubahan kebijakan dan cara-cara penetapan alokasi anggaran kapitasi biaya pelayanan kesehatan oleh PT. Askes.

2. Data sekunder

Yaitu data dan informasi yang diperoleh dan dikumpulkan melalui pengamatan terhadap dokumen-dokumen dan peraturan-peraturan lain serta hasil yang telah dicapai. Untuk mendapatkan data dan informasi dilakukan dengan menelusuri laporan-laporan dan hasil evaluasi PT.Askes KPC 12-02, Peraturan Pemerintah serta Ikatan Kerja Sama antara PT.Askes KPC 12-02 dengan pihak Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.

H. Analisis Data

1. Data kuantitatif

Berupa data yang berisi mengenai jumlah peserta askes yang terdaftar disetiap *gatekeeper*, data kunjungan pasien askes, jumlah pasien yang dirujuk, alokasi dan

realisasi biaya per Puskesmas. Data-data tersebut digunakan untuk menghitung ratio rujukan dan menghitung kecenderungan kenaikan biaya setiap tahunnya.

2. Data kualitatif

Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara mentabulasikan jawaban responden yang kemudian dianalisis secara deskriptif. Metode deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan atau melukiskan keadaan subyek atau obyek penelitian pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya (Nawawi, 1995).

Analisa deskriptif dimaksudkan untuk mengetahui persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas. Analisis data secara deskriptif dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Mendiskripsikan data secara kualitatif dengan memfokuskan pada penuturan/jawaban responden tentang latar belakang perubahan kebijakan serta sistem alokasi anggaran kapitasi
2. Mendiskripsikan data secara kualitatif yang disampaikan responden mengenai pengalamannya dalam menjalin kerja sama dengan PT.Askes sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan, baik pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten maupun pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.

I. Variabel Penelitian

1. Rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dari tahun 1996 s/d 1998 dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas dari tahun 1999 s/d 2001.
2. Kecenderungan pembiayaan pelayanan kesehatan peserta Askes wajib kurun waktu 1996 s/d 1998 dan 1999 s/d 2001.
3. Persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola Kapitasi Total dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas.

J. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi Basis Kabupaten ke pola kapitasi Basis Puskesmas adalah tanggapan pihak-pihak yang terkait dengan perubahan pembayaran kapitasi biaya pelayanan peserta Askes wajib yang meliputi : persepsi terhadap regulasi pola tarif Askes, persepsi terhadap pembayaran secara kapitasi, persepsi terhadap pelayanan paripurna, persepsi terhadap hubungannya dengan pihak Askes serta persepsinya terhadap cara pembayaran *fee for services* di rumah sakit. Sasaran dinilai memiliki persepsi positif jika sasaran memberikan respon dalam bentuk jawaban setuju atas pernyataan yang kalimatnya bersifat mendukung perubahan ataupun bersikap tidak setuju (menolak) terhadap pernyataan yang kalimatnya bersifat tidak mendukung perubahan pola kontrak kapitasi.
2. Ratio rujukan adalah prosentase jumlah pasien yang dirujuk dibanding jumlah seluruh kunjungan pasien per tahun disetiap Puskesmas.

3. Kecenderungan biaya pelayanan adalah kecenderungan peningkatan biaya setiap tahun yang dihitung dengan menggunakan rumus $n - (n-1) / (n-1) \times 100$.

K. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan secara teknis maupun metodologis, keterbatasan secara teknis berhubungan dengan cara menghimpun kembali data untuk kurun waktu yang panjang, sedang keterbatasan secara metodologis meliputi: 1) keterbatasan data untuk melakukan analisa secara kuantitatif antara data pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas, 2) keterbatasan untuk memilah data jenis-jenis rujukan serta ketepatannya, 3) keterbatasan data jenis pelayanan kesehatan per Puskesmas.

Keterbatasan dalam penelitian ini sangat sulit dihindari karena sistim informasi yang dimiliki oleh PT. Askes belum sesuai untuk pelaksanaan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas, misal data realisasi kasus dan biaya per jenis pelayanan setiap puskesmas.

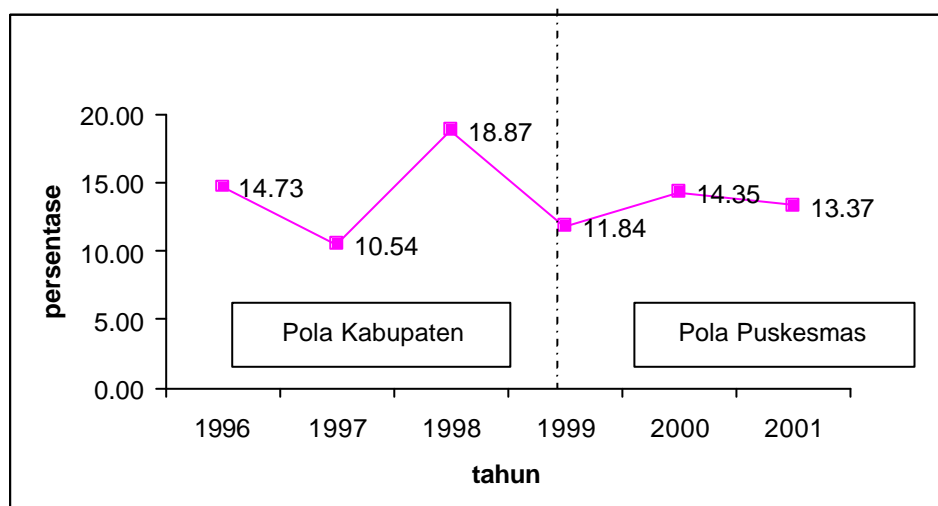
BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini disusun mulai dari 1) data kuantitatif untuk mengetahui rasio rujukan akibat perubahan pola kontrak kapitasi 2) data kuantitatif untuk menghitung kecenderungan biaya pelayanan kesehatan dalam kurun waktu 1996 s/d 2001 3) data kuantitatif untuk pernyataan-pernyataan Kepala Puskesmas mengenai aspek-aspek pembayaran kapitasi 4) data kualitatif tentang persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kabupaten ke pola Puskesmas.

A. Data Kuantitatif

1. Rasio Rujukan



Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Gambar 5. Grafik Perbandingan rasio rujukan antara pola Kapitasi Basis Puskesmas dan Basis Kabupaten

Dari penelusuran laporan mengenai jumlah kunjungan pasien Askes ke Puskesmas serta jumlah pasien Askes yang dirujuk ke rumah sakit dapat diketahui rasio rujukan setiap Puskesmas. Dalam kurun waktu tahun 1996 sampai dengan tahun 2001 rerata rasio rujukan menunjukkan pola naik turun, rasio rujukan tertinggi terjadi pada tahun 1998 pada saat pembayaran kapitasi masih menggunakan pola Kapitasi Total Basis Kabupaten, rasio rujukan mengalami penurunan yang sangat tajam pada tahun 1999 saat pola Kapitasi Total Basis Puskesmas mulai diperkenalkan (dari 18,88 % menjadi 11,84 %), tetapi pada tahun-tahun berikutnya rerata rasio rujukan menunjukkan kecenderungan meningkat sampai pada kisaran 14 %, namun angka rasio rujukan tersebut masih dibawah rata-rata rasio rujukan regional Jawa Tengah dan DIY yakni sebesar 15 % maupun rata-rata rujukan nasional sebesar 17 % (gambar 5).

Tabel 3. Perbandingan rerata rasio rujukan pada Puskesmas dengan kontrak kapitasi diatas 3000 jiwa

Puskesmas	KP terdaftar	Rerata rasio rujukan pola kabupaten	Rerata rasio rujukan pola Puskesmas	Keterangan
Wates	7.266	16,51	14,13	Turun
Panjatan	3.518	15,55	12,10	Turun
Sentolo I	3.325	14,11	11,37	Turun
Temon I	3.225	13,01	9,22	Turun
Nanggulan	3.068	16,53	12,82	Turun

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Rerata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dibanding pada pola Kabupaten. Puskesmas dengan kepesertaan besar (diatas 3.000 jiwa) penurunan rasio rujukan terjadi pada 100% Puskesmas, Puskesmas dengan kepesertaan antara 2000 s/d 3000 jiwa penurunan rasio rujukan terjadi pada 75 % Puskesmas, untuk Puskesmas dengan kepesertaan antara 1000 s/d 2000 jiwa penurunan rasio rujukan terjadi pada 40 % Puskesmas sedang untuk Puskesmas dengan kepesertaan dibawah 1000 jiwa penurunan rasio rujukan hanya terjadi pada 33 % Puskesmas (tabel 3,4,5 dan 6). Letak geografis Puskesmas yang memiliki kepesertaan dibawah 1.000 jiwa pada umumnya berada didaerah yang jauh dari ibu kota kabupaten sehingga akses ke Rumah Sakit relatif lebih sulit, namun kenyataannya hal tersebut tidak mengurangi pemanfaatan Rumah Sakit oleh peserta. Mengamati pola rujukan tersebut dapat disimpulkan bahwa pola rujukan tidak selalu berhubungan dengan kemudahan akses ke dokter spesialis di Rumah Sakit.

Dari uraian tersebut lebih menegaskan bahwa semakin besar kepesertaan Askes disuatu Puskesmas pengendalian rujukannya semakin ketat sedang untuk Puskesmas dengan kepesertaan Askes sedikit pengendalian rujukannya semakin kurang. Hal ini bisa dimengerti oleh karena semakin besar kepesertaannya semakin besar pula insentif yang diterima oleh Puskesmas, sedang disisi lain posisi tawar pihak PT. Askes semakin meningkat untuk menekan Puskesmas dalam pengendalian rujukan.

Pola Kapitasi Askes hanya mengenal *profit sharing*, seluruh resiko biaya pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab PT. Askes. Dari sisi *provider* syarat bilangan besar dalam kapitasi PT. Askes tidak diperlukan untuk mengurangi resiko melalui mekanisme distribusi kurve normal, jumlah kepesertaan besar diperlukan semata-mata untuk memperoleh insentif finansial yang memadai bagi Puskesmas.

Tabel 4. Perbandingan rerata rasio rujukan pada Puskesmas dengan kontrak kapitasi antara 2000 jiwa s/d 3000 jiwa

Puskesmas	KP terdaftar	Rerata rujukan pola kabupaten	Rerata rujukan pola Puskesmas	Keterangan
Pengasih I	2.918	17,30	17,79	Naik
Galur I	2.790	16,42	14,87	Turun
Kalibawang	2.396	13,98	11,13	Turun
Lendah I	2.023	13,41	10,01	Turun

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Tabel 5. Perbandingan rerata rasio rujukan pada Puskesmas dengan kontrak kapitasi antara 1000 jiwa s/d 2000 jiwa

Puskesmas	KP terdaftar	Rerata rujukan pola kabupaten	Rerata rujukan pola Puskesmas	Keterangan
Samigaluh I	1.806	18,41	15,19	Turun
Kokap I	1.786	20,03	23,36	Naik
Pengasih II	1.779	16,34	10,26	Turun
Galur II	1.557	18,25	19,26	Naik
Girimulyo I	1.231	15,12	15,24	Naik

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Tabel 6. Perbandingan rerata rasio rujukan pada Puskesmas dengan kontrak kapitasi kurang dari 1000 jiwa

Puskesmas	KP terdaftar	Rerata rujukan pola kabupaten	Rerata rujukan pola Puskesmas	Keterangan
Sentolo II	894	18,16	26,03	Naik
Temon II	816	16,41	14,51	Turun
Lendah II	767	19,29	21,59	Naik
Girimulyo II	429	21,11	22,50	Naik
Samigaluh II	367	16,30	11,49	Turun
Kopak II	194	16,41	16,81	Naik

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

2. Kecenderungan biaya pelayanan kesehatan

Tabel 7. Alokasi dan realisasi anggaran pola Kapitasi Total Basis Kabupaten

Tahun	Alokasi	RJTP	RJTL	Ranap	Realisasi	Saldo
Th. 1996	327.515.780	130.783.576	90.589.929	98.021.025	319.394.530	8.121.250
Th. 1997	346.259.940	138.447.818	92.682.197	108.218.997	339.349.012	6.910.928
Th. 1998	445.201.873	167.595.354	119.304.890	121.157.400	408.057.644	37.144.229
Trend	17%	13%	16%	11%	13%	

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Dari tabel 3 tampak bahwa alokasi anggaran kapitasi biaya pelayanan kesehatan peserta Askes pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten selalu meningkat, rerata setiap tahun kenaikannya sebesar 17 % tetapi peningkatan alokasi tersebut selalu diikuti oleh penyerapannya. Untuk RJTP kena ikannya menyesuaikan dengan peningkatan jumlah kartu terdaftar serta pola tarif SKB, sedang pada RJTL maupun

Rawat Inap peningkatannya berdasarkan jumlah kasus serta besaran pola tarif SKB. Setiap tahun rata-rata sisa dana yang dibagikan sebagai insentif untuk seluruh Puskesmas dan *stakeholder* lainnya tidak pernah lebih dari 5 %.

Tabel 8. Alokasi dan realisasi anggaran pola Kapitasi Total Basis Puskesmas

Tahun	Alokasi	RJTP	RJTL	Ranap	Realisasi	Saldo
Th. 1999	705.843.993	142.122.282	424.663.514	331.374.131	898.159.927	(192.315.934)
Th. 2000	818.562.014	143.609.941	304.552.392	343.603.716	791.776.049	26.785.965
Th. 2001	937.041.954	172.993.375	301.284.180	384.409.543	858.687.098	78.354.856
Trend	15%	11%	-15%	8%	-2%	

Sumber : Laporan Tahunan PT. Askes

Alokasi kapitasi biaya pelayanan kesehatan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas setiap tahunnya juga selalu meningkat (tabel 4), rerata setiap tahun peningkatannya sebesar 15 %, tetapi peningkatan alokasi tersebut masih lebih rendah dibanding pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten. Kecenderungan peningkatan realisasi biaya pelayanan kesehatan untuk Rawat Inap juga lebih rendah dibanding pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten, bahkan yang lebih menarik adalah terjadinya penurunan penyerapan pada Rawat Jalan Tingkat Lanjut. Penurunan kecenderungan pembiayaan pada pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut disebabkan oleh karena ketatnya pengendalian rujukan oleh Puskesmas (gambar 5), hal tersebut bisa ditafsirkan bahwa pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas pengendalian rujukannya lebih baik dibanding pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan memiliki

kontribusi yang nyata dalam menekan kecenderungan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan peserta Askes.

Sulastomo (2000) mengungkapkan bahwa di Daerah Istimewa Yogyakarta kecenderungan peningkatan biaya pada daerah uji coba kapitasi total lebih rendah dari pada daerah non kapitasi. Seperti dilaporkan oleh Mukti (2001) bahwa *managed care* jenis HMO di Amerika mampu menurunkan pemanfaatan Rumah Sakit sampai 40 % lebih rendah dibandingkan dengan yang menggunakan *system fee for service*, baru pertama kali pula terjadi rata-rata penghasilan dokter spesialis menurun sementara itu penghasilan dokter keluarga yang berfungsi sebagai *gatekeeper* meningkat. Penelitian ini melengkapi penelitian-penelitian terdahulu yang membandingkan kecenderungan kenaikan biaya antara pembayaran *fee for services* dan pembayaran secara kapitasi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pola Kapitasi Total Basis Puskesmas dapat mengendalikan kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan lebih baik dari pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten.

Pola Kapitasi Total Basis Puskesmas memberikan peranan Puskesmas sebagai *gatekeeper* dan sekaligus sebagai pemegang peran utama dalam pengendalian biaya pelayanan kesehatan. Mekanisme pengendalian biaya pelayanan kesehatan dalam pola Kapitasi Total Basis Puskesmas dimungkinkan jika besar kapitasinya ditetapkan secara adil dengan memperhatikan tarif kompetitor sederajat serta memberi peluang terbukanya insentif keuangan apabila terjadi efisiensi biaya pelayanan kesehatan yang berasal dari penghematan Rawat Jalan Tingkat Lanjut dan Rawat Inap di rumah sakit.

Pada tahun 1999 (tahun pertama) pelaksanaan perubahan pola kontrak kapitasi tampak bahwa realisasi biaya pelayanan kesehatan jauh melampaui alokasinya, meskipun total alokasi ditingkat kabupaten mengalami defisit sampai 27,25 % tetapi oleh karena menerapkan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas maka masih ada beberapa Puskesmas yang memperoleh sisa dana. Hal demikian tidak mungkin terjadi pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten, karena jika alokasi di tingkat kabupaten mengalami defisit maka Puskesmas seluruh kabupaten harus menanggung akibatnya.

B. Data Kualitatif

1. Persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi

Untuk mengetahui persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi digunakan pendekatan secara kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif diperoleh dari jawaban para kepala Puskesmas atas pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan cara pembayaran kapitasi Askes, sedang data kualitatif dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam sebagai ungkapan persepsi *stakeholder* terhadap cara pembayaran kapitasi dan perubahan pola kontrak kapitasinya, baik pada *stakeholder* eksternal maupun *stakeholder* internal.

a. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap aspek regulasi PT. Askes

Tabel 6. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap aspek regulasi pelayanan peserta Askes

	Pernyataan	S	TS
1	SKB pola tarif diterbitkan untuk menutup kekurangan premi yang dibayar peserta	18 94,74	1 5,26
2	Pengembalian seluruh sisa dana diatas 20 % ke Askes bertujuan agar provider tidak memberikan pelayanan dibawah standar	4 21,05	15 78,95
3	Provider menurunkan mutu pelayanan untuk menutup kerugian akibat rendahnya pola tarif SKB	1 5,26	18 94,74
4	<i>Profit sharing</i> dalam PKS belum menunjukkan hubungan kerja sama yang saling menguntungkan	17 89,47	2 10,53

Pada umumnya Kepala Puskesmas bisa menerima dan memiliki persepsi positif terhadap regulasi-regulasi yang berhubungan dengan Askes. Tabel 5 menunjukkan bahwa 94,74 % Kepala Puskesmas setuju terhadap SKB pola tarif, bahkan rendahnya pola tarif SKB yang disebabkan oleh karena rendahnya premi yang dibayarkan oleh peserta wajib Askes tidak diikuti dengan keinginan pihak Puskesmas untuk menurunkan mutu pelayanan, namun patut disayangkan bahwa pernyataan-pernyataan mengenai regulasi Askes tersebut bisa diterima dengan catatan subsidi pemerintah untuk obat dan sarana lainnya masih ada. Hal ini terungkap dalam petikan wawancara dibawah ini :

“...mengenai pola tarif SKB yang sekarang ini sudah lumayanlah, apalagi subsidi obatnya masih ada.... kalau dulu memang terlalu kecil tetapi sejauh subsidi pemerintah masih ada ya masih bisa jalan....”

Puskesmas 7

“...kenaikan pola tarif SKB 1000 rupiah untuk puskesmas yang sekarang ini sudah bagus tapi kalau masih harus beli obat sendiri ya ...masih susah, selama subsidi obat masih ada saya rasa kerja sama dengan askes masih menguntungkan....”

Puskesmas 2

“...kalau mengenai obat sih kita bisa saling menutupi dengan sumber dana yang lain, tapi kalau masalah biaya makan pasien rawat inap itu nggak mencukupi...., kita sudah berkali-kali minta hal ini dipikirkan baik ke Askes maupun ke Pemda..., tapi ya nggak ada penyelesaian....”

Puskesmas 16

Menurut Departemen Kesehatan, tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan rumah sakit dengan sejumlah uang dimana berasaskan nilai tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasiennya. Khusus untuk pasien peserta Askes telah ditetapkan tarif kontrak (*cost type contract*). Secara teoritis pada *cost type contract* harga yang disetujui atas suatu produk atau suatu jasa yang sengaja dibuat dimana unturnya meliputi biaya penuh (*full cost*) dan laba ditetapkan oleh produsen (Penyedia Pelayanan Kesehatan), tetapi dalam hal pelayanan terhadap peserta Askes yang terjadi adalah sebaliknya (Tauchid 2000).

Para Kepala Puskesmas berpendapat bahwa kapitasi rawat jalan tingkat pertama yang ditetapkan oleh Askes terlalu kecil namun mereka masih bisa menerima pola tarif SKB tersebut dengan catatan subsidi pemerintah untuk obat dan jasa sarana masih ada. Dalam kurun waktu dua tahun ini pola tarif SKB telah mengalami kenaikan sampai yang terakhir sejak Agustus 2002 kapitasi rawat jalan tingkat pertama mencapai Rp. 1.000,- per jiwa per bulan atau untuk kabupaten Kulon Progo nilai tersebut setara dengan Rp. 7.000,- per kunjungan.

Dari hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa para Kepala Puskesmas belum sepenuhnya memahami mekanisme pembayaran kapitasi, oleh karena penerimaan Kepala Puskesmas terhadap pola tarif SKB yang baru masih disertai ketentuan adanya subsidi pemerintah. Dengan nilai tarif yang mendekati tarif kompetitor sederajatnya seharusnya Kepala Puskesmas bisa menerima pola tarif tersebut tanpa syarat subsidi. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap pola tarif tidak bisa dilepaskan dari pengalaman masa lalunya dimana pola tarif yang ditetapkan terlalu kecil dan merugikan pihak Puskesmas, seperti yang diungkapkan oleh Becker (1974) bahwa persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman masa lalu, proses belajar, wawasan dan pengetahuan.

Puskesmas memiliki persepsi negatif terhadap Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Daerah Kulon Progo dengan PT. Askes, secara tegas 78,95 % Kepala Puskesmas menyatakan kurang sependapat mengenai pengembalian sebagian sisa dana ke Askes dan bahkan menganggap Perjanjian Kerja Sama dengan Askes kurang adil (89,47 %). Pernyataan-pernyataan negatif terhadap Perjanjian Kerja Sama tercermin dari petikan wawancara baik dengan *stakeholder* eksternal maupun internal, seperti dibawah ini :

“...masalah sisa dana yang sebagian kembali ke Askes itu saya sama sekali nggak setuju...., yang namanya sisa itu ya miliknya Puskesmas sebagai *reward* atas pengendalian yang dilakukan..., lha kalau harus kembali ke Askes buat apa kita ngendalikan rujukan... nggak adil itu...”

Puskesmas 11

“...kalau dulu sisa dana itu bisa kita atur...kalau kira-kira sisanya akan lebih 10% kita segera belikan obat dari pada kembali ke Askes lebih baik sisa meski dalam bentuk obat....”

Stakeholder eksternal 02

“.....askes itu menang-menangan saya nggak setuju itu tentang pengembalian sisa dana ke Askes.... sebaiknya puskesmas negoisasi dengan pihak Askes untuk pengaturan sisa dana... dinas menjadi fasilitator saja.....”

Stakeholder eksternal 01

“... sebenarnya pengembalian sebagian sisa dana ke Askes itu untuk menghindari provider memberikan pelayanan dibawah standart kepada pasien-pasien Askes..., kita nggak ingin itu terjadi....”

Stakeholder eksternal 03

Dalam Perjanjian Kerja Sama antara PT. Askes dan Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo hanya mengatur mengenai alokasi biaya pelayanan dan pengaturan pembagian sisa dana tidak ada klausul yang mengatur mengenai pembagian jika terjadi kerugian, hal ini menjelaskan bahwa pola kapitasi PT. Askes baik yang berbasis Kabupaten maupun yang berbasis Puskesmas hanya mengenal istilah *profit sharing* tetapi tidak mengenal istilah *risk sharing*. Berbeda dengan yang terjadi pada HMO di Amerika yang menerapkan prinsip *risk and profit sharing* dimana untuk menghindari resiko akibat adanya ketidak pastian dibutuhkan volume kontrak yang besar agar sebaran resiko terdistribusi mengikuti kurve normal. Dilain pihak ada keterbatasan kemampuan individu dari dokter/*provider* untuk memberikan pelayanan kepada peserta dalam jumlah yang besar, sehingga peluang resiko bagi

dokter/*provider* menjadi relatif besar akibatnya tidak banyak dokter/*provider* yang bersedia dibayar secara kapitasi.

Menurut Rice (1997) tekanan kepentingan antara insentif HMO untuk menurunkan harga, dan disisi lainnya insentif Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk memperoleh pendapatan yang memadai, maupun keinginan untuk memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang baik pada pasien, menghasilkan pengembangan sejumlah metode –metode pembayaran model campuran atau kapitasi sebagian dalam HMO, antara lain sebagai berikut :

1. Pemotongan persentase pendapatan (*withhold*) Penyedia Pelayanan Kesehatan tiap tahun, dan tidak diberikan kembali apabila Penyedia Pelayanan Kesehatan mengirim pasien ke rumah sakit dan merujuk pasien ke spesialis melebihi yang diperkirakan.
2. Membebani Penyedia Pelayanan Kesehatan dengan resiko pembiayaan melebihi besar pemotongan (*withhold*)
3. Memberikan bonus apabila ada surplus dari dana rawat inap dirumahsakit atau dana rujukan spesialis, bonus-bonus ini juga ada yang didasarkan pada *performance* Penyedia Pelayanan Kesehatan sebagai individu, atau sebagai kelompok secara keseluruhan
4. Membebani Penyedia Pelayanan Kesehatan pada resiko keuangan untuk tes dan prosedur lain yang diperintihkannya.

Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Daerah Kulon Progo dengan PT Askes telah menerapkan pemberian bonus apabila terdapat surplus dari alokasi dana

rawat inap maupun rujukan spesialis (RJTL) setiap tahun rata-rata sebesar 4 % yang dibagikan kepada seluruh *stakeholder*. Hasil wawancara mengenai persepsi Kepala Puskesmas terhadap Perjanjian Kerja Sama lebih menegaskan lagi akan ketidak-tahuan Kepala Puskesmas mengenai mekanisme pembayaran kapitasi, hal ini terlihat dari tuntutan Kepala Puskesmas terhadap keseluruhan sisa dana kapitasi. Menurut persepsi Kepala Puskesmas sisa dana kapitasi bukan dipandang sebagai suatu bonus atas surplus alokasi rujukan spesialis maupun Rawat Inap tetapi dipandang sebagai hak yang harus dibayarkan oleh PT. Askes.

b. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap aspek pelayanan paripurna

Tabel 6 memperlihatkan pernyataan-pernyataan Kepala Puskesmas mengenai aspek pelayanan paripurna kepada peserta Askes wajib, sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan bahwa keputusan merujuk masih didasarkan atas indikasi medis (57,89 %) sedang sisanya menyatakan bahwa keputusan merujuk didasarkan atas permintaan pasien Askes. Menurut Sutomo (2001) keputusan merujuk penderita ke Rumah sakit memerlukan pertimbangan dan tindakan yang cukup kompleks, yang terkait dengan pertimbangan pembiayaan maupun upaya-upaya secara terpadu dan maksimal dari PPK I, yang sering terjadi ternyata PPK I belum mampu memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna.

Tabel 6. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap aspek pelayanan paripurna peserta wajib Askes

	Pernyataan	S	TS
--	------------	---	----

1	Saya tidak bersedia memberi rujukan atas permintaan pasien	11 57,89	8 42,11
2	Untuk menekan biaya saya menitik beratkan pada pelayanan promotif dan preventif	17 89,47	2 10,53
3	Saya akan melakukan kunjungan rumah untuk peserta dengan penyakit kronis agar bisa menekan biaya Rawat jalan lanjutan	5 26,32	14 73,68
4	Persediaan obat di Puskesmas mencukupi oleh karena itu tidak perlu membeli obat dari dana kapitasi Askes	11 57,89	8 42,11

Kepala Puskesmas sependapat bahwa untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan harus menitik beratkan pada pelayanan promotif dan preventif (89,47%), tetapi hanya sekitar 26 % saja yang menyatakan bersedia melakukan kunjungan rumah untuk menekan rujukan ke Rumah sakit. Dari pihak PT. Askes diperoleh informasi bahwa PT. Askes mengalokasikan dana untuk kegiatan penyuluhan kepada peserta, kenyataannya tidak ada satupun Kepala Puskesmas yang memanfaatkan dana penyuluhan tersebut. Dalam kaitannya dengan pelayanan paripurna hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian Chotimah (2000) yang melaporkan hasil penelitiannya terhadap dokter keluarga PT. Askes di kota Malang, Madiun dan Kediri, yaitu bahwa pelayanan promotif dan preventif ternyata belum dilakukan oleh sebagian besar dokter-dokter tersebut, termasuk kegiatan kunjungan kerumah penderita, pemantauan penyakit menular dan pengamatan aspek-aspek kesehatan masyarakat lainnya. Sebagian besar dokter keluarga tersebut (89,83 %) menyatakan

setuju untuk melaksanakan upaya pelayanan promotif dan preventif, namun pada kenyataannya yang mengaku pernah melaksanakan upaya promotif dan preventif hanya sebanyak 37,14 %. Pernyataan-pernyataan para Kepala Puskesmas mengenai aspek pelayanan paripurna dalam konsep kapitasi terungkap dalam petikan wawancara dibawah ini :

“...kita nggak pernah memberikan penyuluhan kepada pasien-pasien Askes..., biaya penyelenggaraannya dari mana?...untuk pembelian obat uang segitu dapat apa..., selama masih ada obat Inpres ya..kita pakai itu..”

Puskesmas 20

“...untuk pelayanan promotif dan preventif kita selenggarakan waktu pasien berkunjung..., kalau secara khusus mengadakan penyuluhan ya nggak pernah....kita secara bertahap mulai menyadari untuk mengendalikan rujukan...

Puskesmas 06

“...di puskesmas memang ada program PHN yang kegiatannya antara lain melakukan kunjungan rumah, tapi untuk mengunjungi peserta askes dengan penyakit kronis belum pernah dilakukan, karena sasaran program PHN itu untuk keluarga rawan kesehatan yang kriterianya antara lain masalah ekonomi, sedang peserta Askes secara ekonomi lebih baik.....”

Puskesmas 10

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan bahwa dana kapitasi biaya pelayanan tidak digunakan untuk membeli obat karena persediaan obat di Puskesmas mencukupi (57,89 %) sedang sisanya menyatakan menggunakan sebagian dana kapitasi untuk belanja obat sebagai pelengkap obat yang sudah ada. Pernyataan-pernyataan para Kepala Puskesmas mengenai aspek pelayanan paripurna yang berkaitan dengan penyediaan obat dari dana kapitasi terungkap dalam petikan wawancara dibawah ini :

“...jujur saja ya saya tahu bahwa dalam biaya kapitasi yang dibayarkan termasuk untuk pembelian obat..... tapi saya punya banyak sumber dana untuk obat dan persediaan obat sangat mencukupi....ya nggak perlu beli obat untuk peserta Askes.....”

Puskesmas 02

“....kalau obat untuk Askes kita tetap beli karena ada petunjuknya...sekian persen untuk jasa medis...untuk jasa sarana dan untuk obat...tapi kalau SK Bupati yang baru menyerahkan seluruh pengelolaan di Puskesmas itu saya belum tahu ... kalau memang SK Bupati menyerahkan ke puskesmas sementara obat tersedia ya kita nggak perlu beli lagi....”

Puskesmas 16

“....hal yang paling sulit adalah mengenai pengendalian rujukan..... rata-rata peserta Askes yang berobat telah kita kenal secara dekat, mestinya kasusnya tidak perlu dirujuk tapi kalau pasiennya minta rujukan kita sering tidak enak untuk tidak mengabulkan.....”

Puskesmas 12

Pernyataan-pernyataan diatas menunjukkan bahwa pada umumnya Kepala Puskesmas belum menerapkan prinsip-prinsip pokok pembayaran kapitasi, menurut Azwar (1998) sistem pembayaran kapitasi pada dasarnya dikembangkan dari tiga prinsip pokok, yakni : (1) Prinsip kemungkinan timbulnya resiko (*risk probability*), (2) Prinsip membagi resiko (*risk sharing*) dan (3) Prinsip pelayanan yang profesional (*professionalism*).

Ketiga prinsip tersebut saling terkait serta sama pentingnya, namun jika ditinjau dari kepentingan pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan prinsip pelayanan yang profesional mempunyai peranan yang sangat menentukan. Artinya untuk mengurangi munculnya resiko yang tidak diharapkan, pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan tidak menggantungkan diri hanya pada hukum kemungkinan saja,

melainkan juga harus diupayakan secara profesional. Dari prinsip ketiga ini mengharuskan pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan mengutamakan pelayanan promosi dan pencegahan penyakit yang biayanya relatif lebih murah.

Pada kenyataannya bukan saja pelayanan promotif dan preventif saja yang tidak dilakukan tetapi pelayanan kuratif dan rehabilitatif juga tidak memperoleh perhatian yang serius, hal ini ditengarai oleh keengganan sebagian besar dokter Puskesmas untuk membeli obat dari dana kapitasinya maupun melakukan kunjungan rumah bagi peserta Askes.

Fenomena-fenomena diatas merupakan sisi negatif pada sistim pembayaran kapitasi, seperti dikemukakan oleh Eastaugh (1981), Weeks (1979) dan Feldstein (1983) yang menyatakan bahwa oleh karena biaya pelayanan dihitung atas dasar jumlah tertanggung, bukan atas dasar jumlah kunjungan ataupun jenis pelayanan, menyebabkan ada kemungkinan Penyedia Pelayanan Kesehatan kurang bersungguh-sungguh menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Terlebih lagi jika besarnya kapitasi serta ketentuan yang berlaku ditetapkan secara sepihak oleh Badan Pengelola Dana yang berakibat merugikan Penyedia Pelayanan Kesehatan, jika hal ini dipaksakan dapat menjadi penyebab turunnya mutu pelayanan kesehatan, sementara itu dari sisi peserta ada kemungkinan tidak memperoleh pelayanan seperti yang diinginkan oleh karena adanya pembatasan-pembatasan dari Badan Pengelola Dana.

Tabel 7 memperlihatkan pernyataan Kepala Puskesmas terhadap cara pembayaran kapitasi, secara umum para Kepala Puskesmas memiliki persepsi yang sangat positif terhadap cara pembayaran kapitasi maupun perubahan pola kapitasi

dari pola Kapitasi Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Basis Puskesmas . Sebesar 89,47 % Kepala Puskesmas menyatakan kontrak ditingkat Puskesmas lebih baik dibanding kontrak ditingkat kabupaten, serta menyatakan bahwa kontrak ditingkat Puskesmas merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan biaya pelayanan.

c. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap cara pembayaran kapitasi

Tabel 7. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap cara pembayaran kapitasi

	Pernyataan	S	TS
1	Kontrak kapitasi di Puskesmas merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan biaya pelayanan	17 89,47 %	2 10,53 %
2	Kontrak tingkat Puskesmas lebih baik dari kontrak tingkat kabupaten	17 89,47 %	2 10,53 %
3	Pola kontrak di Kabupaten ataupun di Puskesmas tak berpengaruh dalam mengendalikan biaya pelayanan kesehatan	3 15,79 %	16 84,21 %
4	Untuk memberikan pelayanan kepada peserta Askes saya lebih suka dibayar secara <i>fee for services</i>	8 42,11 %	11 57,89 %

Pernyataan-pernyataan Kepala Puskesmas yang berkaitan dengan cara pembayaran kapitasi terungkap dalam petikan wawancara seperti dibawah ini :

“...dibanding pola kapitasi yang dulu menurut saya lebih bagus yang sekarang apa lagi kapitasinya naik....tapi untuk keseragaman tetap kita butuhkan rambu-rambunya....agar kalau ada pemeriksaan nggak ada masalah....”

Puskesmas 16

“...untuk pengelolaan Askes, dinas nggak ikut campur..... semua kita serahkan ke Puskesmas..... sebaiknya puskesmas-puskesmas membentuk

aliansi untuk mengatur pengelolaan Askes.....untuk retribusi peserta Askes apa mau dibayar kunjungan atau dengan cara yang lain silahkan dibicarakan antar Puskesmas.....yang pasti kita diberi target untuk memasukan ke Pemda.....”

Stakeholder eksternal 01

“...karena kontraknya di puskesmas.....seluruh uang kapitasi diserahkan kepada puskesmas kita jadi benar-benar peduli untuk mengendalikan biaya.....kalau dulu kan yang ngatur kabupaten....kita mau ngendalikan sementara yang lain tidakpembagian sisa dananya sama saja...paling terpaut sedikit.... bagus yang sekarang lah.....”

Puskesmas 11

Penuturan-penuturan *stakeholder* diatas mencerminkan sifat-sifat positif *stakeholder* terhadap organisasi, menurut Trisnantoro (2001) sifat-sifat *stakeholder* yang positif terhadap organisasi pelayanan kesehatan diantaranya adalah : bersifat mendukung/suportif, mempunyai kepercayaan terhadap organisasi pelayanan kesehatan dan terbuka/tidak apriori terhadap ide perubahan. Sikap positif *stakeholder* dalam pengelolaan Askes di Kabupaten Kulon Progo ditunjukkan dengan penyerahan dana Kapitasi ke Puskesmas langsung ke rekening Kepala Puskesmas tanpa campur tangan pihak Dinas Kesehatan maupun Pemda. Pihak Dinas Kesehatan hanya berkepentingan terhadap pencapaian target pemasukan bagi Pemda, sementara itu Puskesmas diberi kewenangan penuh untuk mengatur kontraknya dengan pihak Askes serta memenuhi target pendapatan ke Pemda.

Tabel 8 Mencerminkan persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan kerja sama dengan PT. Askes, pada umumnya Kepala Puskesmas memiliki persepsi negatif terhadap PT. Askes. Hal tersebut tercermin dari pernyataan-pernyataan Kepala

Puskesmas yang bernada negatif, sejumlah 89,47 % Kepala Puskesmas mengaku tidak pernah memperoleh informasi penyerapandana secara pereodik, bahkan Kepala Puskesmas menyatakan dalam penetapan alokasi anggaran kapitasi Askes menetapkannya secara sepihak tanpa melalui proses negosiasi dengan Puskesmas, meskipun demikian sebagian besar Kepala Puskesmas mengakui kerja sama dengan Askes memiliki keuntungan dalam hal kepastian adanya pemasukan dana kapitasi setiap bulannya.

d. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan PT. Askes

Tabel 8. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan PT. Askes

	Pernyataan	S	TS
1	Adanya kepastian pemasukan dana merupakan salah satu keuntungan pembayaran kapitasi oleh Askes	11 57,89 %	8 42,11 %
2	Askes tidak pernah menyampaikan penyerapan dana kapitasi per <i>gate keeper</i> secara pereodik	17 89,47 %	2 10,53 %
3	Askes menetapkan sepihak alokasi dana kapitasi tanpa melalui proses negosiasi dengan Puskesmas	18 94,74	1 5,26 %

Persepsi negatif Kepala Puskesmas terhadap hubungannya dengan pihak PT.

Askes terungkap dari hasil wawancara sebagai berikut :

“...saya nggak ngerti apa-apa mengenai Askes, SKB itu isinya apa...,IKS itu mengatur tentang apa..., saya sih tinggal tanda tangan saja..., harusnya Askes memberikan penjelasan atau pelatihan...ya biar kita ngerti apa yang harus dilakukan.....”

Puskesmas 10

“...untuk IKS itu masalah yang sulit.....data penyerapan kita nggak ngerti.... tahu-tahu Askes bilang penyerapannya sekiansisa dananya sekian.....harusnya Askes memberi informasi misal setiap 3 bulan,.....”

Puskesmas 02

“...jangan ada negosiasi..... kita disodori kontrak yang sudah ditandatangani tingkat II..... yach..., mau nggak mau ya kita mesti tanda tangan..... kita nggak ngerti juga berapa persisnya kebutuhan biaya untuk peserta Askes,....askes yang ngerti datanya....kita cuma manut saja..... .”

Puskesmas 16

“...puskesmas itu dari dulu dikerjain askes..... kita yang kerja diberi jasa medis kecil sementara askes tapi kita nggak bisa nolak karena TK II sudah setuju..... .”

Puskesmas 09

e. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan Rumah Sakit

Tabel 9. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan Rumah Sakit

	Pernyataan	S	TS
1	Atas penghematan yang dilakukan, sudah sepantasnya pihak RS memperoleh pembagian sisa dana kapitasi	11 57,89 %	8 42,11 %
2	Pembayaran secara <i>fee for services</i> membuat RS tidak berkeinginan mengendalikan biaya pelayanan	17 89,47 %	2 10,53 %
3	RS dibayar secara <i>fee for services</i> menyulitkan Puskesmas mengendalikan biaya pelayanan	17 89,47 %	2 10,53 %

Tabel 9 mencerminkan persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungannya dengan pihak Rumah Sakit, pada umumnya Kepala Puskesmas memiliki persepsi negatif terhadap hubungannya dengan pihak Rumah Sakit, persepsi Kepala Puskesmas tercermin dari pernyataan-pernyataan Kepala Puskesmas sebagai berikut :

“...selama rumah sakit masih dibayar secara *fee for services* saya rasa puskesmas kesulitan untuk mengendalikan biaya..... seharusnya yang diklaim

hanya yang dirujuk oleh puskesmas rumah sakit tidak bisa diharapkan untuk mengendalikan biaya....itu karena sifat pembayaran *fee for services* memang begitu.....”

Puskesmas 12

“...harusnya dinas yang mengkoordinir kerja sama dengan rumah sakit ...tapi karena dinas lepas tangan ya.. puskesmas harus mengambil inisiatif untuk mendekati rumah sakit itupun saya nggak yakin akan efektif.....”

Stakeholder eksternal 02

“.... sebagai *gatekeeper* Puskesmas dituntut untuk lebih bertanggung jawab...untuk rujukan kita benar-benar kendalikan,....tapi ya itu untuk pasien-pasien dengan penyakit kronis misal DM rujukannya rutin.....kita siih bisa menangani tapi lebih suka di RS karena obatnya bisa dapat untuk satu bulan.....sementara Puskesmas paling bisa memberi untuk beberapa hari....”

Puskesmas 18

2. Antisipasi stakeholder internal dalam menghadapi perubahan pola kontrak pembayaran kapitasi dengan PT. Askes.

Untuk mengetahui sejauh mana antisipasi *stakeholder* internal dalam menghadapi perubahan pola kontrak pembayaran kapitasi dengan PT. Askes maka peneliti mengadakan diskusi dengan perwakilan Puskesmas. Pada tahap awal peneliti yang berperan sebagai *fasilitator* menyampaikan secara garis besar mengenai cara pembayaran kapitasi termasuk mengenai perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten menuju pola Kapitasi Total Basis Puskesmas, diuraikan pula mengenai keuntungan dan kerugian dari kedua pola kontrak tersebut. Pada diskusi tersebut peneliti juga menyampaikan mengenai perubahan tarip SK Menkes dan SKB Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri tahun 2002 yang mulai berlaku sejak 1 Agustus 2002.

Dalam forum diskusi tersebut terungkap bahwa pengetahuan sebagian besar Kepala Puskesmas tentang cara pembayaran kapitasi masih kurang, sebagian besar Kepala Puskesmas juga tidak memahami tentang perubahan pola kontrak, perubahan tarif SKB maupun mengenai Perjanjian Kerja Sama. Hal ini senada seperti yang diungkapkan melalui pengisian kuesioner maupun rekaman hasil wawancara mendalam. Para kepala Puskesmas juga menganggap bahwa biaya kapitasi Rp. 1000,- per jiwa per bulan yang meliputi; jasa medis, jasa sarana dan bantuan pembelian obat masih belum memadai, bahkan sebagian besar menganggap kerja sama dengan Askes sebagai suatu hal yang merugikan. Sebagai fasilitator penulis menyampaikan bahwa kapitasi Rp. 1000,- per jiwa per bulan tersebut untuk kabupaten Kulon Progo setara dengan Rp. 7.000,- per kunjungan, dengan penjelasan yang didasarkan atas data kunjungan peserta Askes di masing-masing Puskesmas maka persepsi kepala Puskesmas langsung berubah menjadi positif dan menganggap kerja sama dengan Askes sebagai hal yang menguntungkan dan perlu tetap dipertahankan.

Setelah memperoleh penjelasan dan menyamakan persepsi melalui diskusi maka dicapai suatu kesepakatan yang akan dituangkan dalam bentuk SK Kepala Dinas Kesehatan sebagai berikut :

1. Menerima dengan baik biaya kapitasi RJTP sejumlah Rp. 1000,- per jiwa per bulan yang meliputi jasa medis, jasa sarana dan bantuan pembelian obat.
2. 50 % dari biaya kapitasi RJTP dialokasikan sebagai jasa medis

3. 50 % sisanya dialokasikan untuk jasa sarana, pembelian obat-obatan yang dibutuhkan serta sebagai cadangan pembayaran retribusi kepada Pemda jika target retribusi tidak dapat dipenuhi dari pasien-pasien non Askes
4. Menerima dengan baik Perjanjian Kerja Sama antara pemerintah Kabupaten Kulon Progo dengan pihak Askes serta menyepakati ketentuan-ketentuan mengenai alokasi dan *profit sharing* yang tercantum dalam Perjanjian Kerja Sama.
5. Memberikan rekomendasi kepada PT. Askes untuk mempertahankan pola kontrak Kapitasi pola Basis Puskesmas (kontrak tingkat Puskesmas)
6. Menghimbau pihak Askes untuk secara rutin mengadakan pertemuan untuk melaporkan penyerapan dana per *gate keeper* agar dicapai transparansi penggunaan dana guna meningkatkan kinerja *gate keeper* dalam pengendalian penyerapan dana Rumah sakit.
7. Memberikan pelayanan kepada peserta Askes yang terdaftar di wilayah kabupaten Kulon Progo tanpa kecuali namun disertai himbauan untuk segera mengajukan mutasi jika memang berminat berlangganan pada suatu Puskesmas, ketentuan tersebut berlaku sampai kunjungan yang ketiga, pelayanan selanjutnya pasien diperlakukan sebagai pasien umum.
8. Ikut secara aktif menjalin hubungan dengan pihak Rumah Sakit dalam perawatan pasien-pasien dengan penyakit kronis agar bisa dirujuk balik ke Puskesmas.
9. Mempertahankan kerja sama dengan pihak Askes melalui peningkatan pelayanan kepada peserta secara profesional dan paripurna.



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

Persepsi Stakeholder terhadap perubahan pola kontrak kapitasi total biaya pelayanan kesehatan peserta wajib PT Askes dari basis Kabupaten ke basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo
SUGIARTO, Agung, drg. Julita Hendratini, M.Kes

Universitas Gadjah Mada, 2003 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Rata-rata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dan memiliki pola yang relatif stabil dikisaran angka 14 % dibandingkan pola Kapitasi Total Basis Kabupaten yang memiliki rerata 17 % dan menunjukkan pola yang tidak stabil.
2. Kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dibanding pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten, baik untuk keseluruhan alokasi maupun untuk biaya Rawat Inap bahkan terjadi kecenderungan menurun sampai dengan 15 % pada biaya Rawat Jalan Lanjutan.
3. *Stakeholder* eksternal memiliki persepsi positif terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas dengan menyerahkan otonomi seluas-luasnya dalam pengelolaan anggaran kapitasi PT. Askes kepada Puskesmas, namun pihak Puskesmas memiliki persepsi yang berbeda terhadap perubahan kontrak kapitasi tersebut sehingga merasa perlu diterbitkan SK. Kepala Dinas Kesehatan untuk mengatur pengelolaan dana anggaran kapitasi PT. Askes.
4. Puskesmas belum bersikap sebagai *gatekeeper* yang memberikan pelayanan paripurna, hanya 42 % saja yang mengaku membelikan sebagian dana kapitasinya untuk melengkapi obat-obatan di Puskesmas. Sementara itu 42 % Kepala Puskesmas mengaku pengambilan keputusan untuk merujuk masih dipengaruhi

oleh keinginan pasien bukan atas indikasi medis. Sebagian besar Kepala Puskesmas setuju bahwa untuk menekan biaya pelayanan harus menitik beratkan pada pelayanan promotif dan preventif tetapi hanya 26 % saja yang bersedia melakukan kunjungan rumah untuk peserta Askes.

5. Sebagian besar Kepala Puskesmas memiliki persepsi positif terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas, menganggap pola Basis Puskesmas merupakan cara yang tepat untuk menekan biaya pelayanan kesehatan. Kepala Puskesmas juga bersepakat untuk mempertahankan kerja sama dengan pihak PT. Askes melalui peningkatan pelayanan bagi peserta Askes.

B. Saran

1. Pihak PT. Askes agar lebih meningkatkan komunikasi dengan pihak Puskesmas dan *stakeholder* eksternal lainnya melalui forum komunikasi yang telah terbentuk di Kabupaten Kulon Progo agar dicapai transparansi pengelolaan dana kapitasi sehingga bisa meningkatkan efisiensi.
2. Agar dipertimbangkan untuk menggabungkan Puskesmas-Puskesmas dengan kepesertaan Askes yang sedikit dalam satu kontrak sehingga secara perhitungan aktuarial maupun secara finansial akan lebih bermakna.
3. Sesuai salah satu fungsi Dinas Kesehatan yang baru sebagai pengawas mutu pelayanan kesehatan maka pihak PT. Askes agar berkoordinasi dengan Dinas

Kesehatan untuk pengawasan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta Askes yang dilakukan oleh Puskesmas.

4. Pihak Puskesmas agar memperbaiki pencatatan data pelayanan bagi peserta Askes sebagai bukti untuk negosiasi penetapan kontrak kapitasi dengan pihak Askes.
5. PT. Askes agar menyesuaikan Sistem Informasinya untuk melayani kebutuhan *utilisasi review* pola Kapitasi Total Basis Puskesmas

BAB VI

RINGKASAN

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengendalian biaya untuk mengatasi masalah kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan telah dilaksanakan oleh PT. Askes, salah satunya melalui studi mengenai Kapitasi Total di Kabupaten Kulon Progo. Pola kapitasi yang diuji cobakan di Kabupaten Kulon Progo adalah pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dilaksanakan sejak tahun 1990 sampai dengan tahun 1998. Dalam perkembangannya, pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dirasakan masih belum mampu mendorong fungsi *gate keeper* dan tidak menumbuhkan rasa tanggung jawab dari Puskesmas, dampak dari tidak berkembangnya fungsi *gate keeper* Puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kurang efisien, oleh karena itu sejak tahun 1999 PT. Askes KPC 1202 melakukan perubahan pola kontraknya, dari pola Kapitasi Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.

B. Perumusan Masalah

1. Bagaimana persepsi *stakeholder* dalam menanggapi perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke Puskesmas ?
2. Bagaimana rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?
3. Bagaimana kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas?

C. Keaslian Penelitian

Penelitian yang hampir serupa telah dilakukan oleh Thaib (2002) tentang Persepsi *Stakeholder* terhadap Mekanisme Pembiayaan Pasien Askes di RSUD Dr. Yuliddin Away, penelitian tersebut mengungkap mengenai defisit yang terjadi akibat kesenjangan antara pola tarif Perda dan pola tarif SKB serta bagaimana persepsi *stakeholder* menyikapi hal tersebut. Noer Chotimah (2000) meneliti mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dan motivasi dokter keluarga PT. Askes dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta wajib PT. Askes.

D. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak Manajemen PT. Askes KPC 12-02 tentang sistem kontrak kerja sama
2. Memberi masukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dalam menentukan pola kontrak / kerja sama pelayanan kesehatan bagi peserta Askes.
3. Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan bagi penulis dan para Kepala Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo

E. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas.
2. Untuk mengetahui rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.
3. Untuk mengetahui kecenderungan kenaikan biaya pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan

Mekanisme pembayaran merupakan suatu cara untuk menetapkan insentif perilaku bagi pelaku pelayanan kesehatan yang kompleks, semuanya dimaksudkan untuk dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, namun tidak dapat disangkal bahwa mekanisme pembayaran tersebut mempunyai dampak terhadap perilaku dokter/*provider* yang sangat menentukan tercapainya efisiensi yang dikehendaki.

2. Pola kapitasi

Menurut Azwar (1998) Sistem Pembayaran Kapitasi pada dasarnya dikembangkan dari tiga prinsip pokok yakni : (1) Prinsip kemungkinan timbulnya resiko (*risk probability*), (2) Prinsip membagi resiko (*risk sharing*) dan (3) Prinsip pelayanan yang profesional (*professionalism*). Chiswick 1976; Goldberg & Greenberg 1980; Luft 1981 menyatakan bahwa terdapat penurunan antara 10 % s/d 40 % yang dipengaruhi oleh perubahan mekanisme pembayaran dari *fee for service* ke HMO's model. Menurut Sulastomo (1998) hasil evaluasi uji coba Kapitasi Total pada PT. Askes menunjukkan terjadinya efisiensi biaya pelayanan kesehatan, hal ini tampak pada kecenderungan kenaikan biaya didaerah uji coba kapitasi berkisar 15 %, sementara didaerah non kapitasi kecenderungannya mencapai 26 %.

3. Pola kapitasi total PT. Askes

Menurut Sulastomo (2000), terdapat beberapa pola Kapitasi Total yang dilaksanakan oleh PT. ASKES, yakni; Pola Kapitasi Total Alternatif I (pola Kapitasi

Total Basis Puskesmas) dan Pola Kapitasi Total Alternatif II (pola Kapitasi Total Basis Kabupaten) dan pola Kapitasi Total Alternatif III adalah suatu pembayaran kapitasi yang memisahkan alokasi biaya kepada Puskesmas dan Rumah Sakit, namun tetap bekerja sama dalam pengendalian rujukan.

4. Sistem alokasi anggaran kapitasi PT. Askes

Besarnya alokasi biaya pelayanan secara keseluruhan per tahun dihitung berdasarkan atas : (1) Tarif pelayanan sesuai yang diatur dalam Surat Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri yang berlaku, serta mengikuti tarif resmi pelayanan lainnya sesuai ketentuan dari PT. Askes yang berlaku. (2) Dasar perhitungan Kapitasi RJTP ditentukan berdasar jumlah nyata/riil Kartu Askes (per jiwa) yang terdaftar di Puskesmas per tanggal 31 Desember tahun sebelumnya (anggaran semester I) sedang anggaran semester II berdasarkan jumlah kartu Askes (per jiwa) per tanggal 30 Juni untuk tahun berjalan, (3) Jumlah prakiraan kasus Rawat Jalan Tingkat Lanjut, Rawat Inap Tingkat Lanjut dan kasus pelayanan lainnya yang akan terjadi dalam satu tahun diperhitungkan berdasarkan realisasi kasus pada tahun sebelumnya.

5. Gainsharing /bagi hasil

Pembagian sisa dana sebagai *profit sharing* diatur sebagai berikut : (1) Sisa dana 0 - 10 % dibagi 90 % untuk PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit) dan 10 % untuk Dinas Kesehatan Kabupaten, (2) sisa dana >10 – 15 % pembagian sisa dana yang 5 % diatur 50 % untuk PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 40 % kembali ke PT. Askes, (3) sisa dana > 15 – 20 % pembagian sisa dana yang 5 % diatur 30 % PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 60 % kembali ke PT. Askes, (4) sisa dana lebih dari 20 %, kelebihan

sisanya dikembalikan ke PT. Askes tanpa ada pembagian ke PPK maupun Dinas Kesehatan (Perjanjian Kerja Sama, 1999)

6. Persepsi

Persepsi adalah proses ketika individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indera mereka agar memberikan makna bagi lingkungan sekitarnya, secara sederhana pengertian persepsi adalah pemberian makna terhadap hasil pengamatan yang dilakukan oleh individu terhadap suatu objek (Yusuf, 1991).

7. Stakeholder

Menurut Clarkson (cit, Greenley & Foxall, 1977) *stakeholder* artinya pihak-pihak yang berkepentingan dan dapat mempengaruhi tujuan suatu organisasi.

B. Landasan Teori

Sistem pembayaran kapitasi mensyaratkan adanya *risk and profit sharing*, agar tercapai pelayanan kesehatan yang efisien *provider/Puskesmas* selaku *gate keeper* harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang menitikberatkan pada pelayanan promosi dan prevensi yang diimbangi dengan kemampuan menyelenggarakan pelayanan kuratif sehingga dapat menekan kasus rujukan.

Dilain pihak penetapan alokasi kapitasi biaya pelayanan seharusnya menggunakan teknik-teknik penetapan yang berdasar metode aktuarial dengan memperhatikan *the law of large number* karena cara pembayaran kapitasi membutuhkan kepesertaan yang besar bukan saja untuk kepentingan finansial *provider* tetapi juga diperlukan agar sebaran resiko terdistribusi mengikuti kurve normal. Penetapan alokasi juga harus memperhatikan *experience rate* yang didukung

oleh sistem informasi yang handal serta mengedepankan transparansi antar pihak yang berkepentingan, jika tidak ada kesepakatan biaya serta kontrak pembayaran kapitasi hanya bergantung pada tekanan politik semata maka tidak bisa diharapkan sistem pembayaran kapitasi tersebut dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah rerata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?
2. Bagaimanakah kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan peserta Askes pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten dan pola Basis Puskesmas ?
3. Bagaimanakah persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas ?

III. METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode analisa secara kualitatif dan kuantitatif, metode kuantitatif digunakan untuk mengetahui rasio rujukan dan mengamati kecenderungan pembiayaan pelayanan kesehatan, sedang metode kualitatif digunakan untuk mendeskripsikan persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kapitasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini meliputi *stakeholder* internal dan eksternal, *stakeholder* internal terdiri atas 19 Kepala Puskesmas sedang *stakeholder* eksternal

terdiri atas Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Kantor Perwakilan Cabang dan Pengelola Askes di kabupaten

C. Analisis Data

Data dan informasi dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui angket dan wawancara mendalam (*indepth interview*). Data sekunder diperoleh dan dikumpulkan melalui pengamatan terhadap dokumen-dokumen dan peraturan-peraturan lain serta hasil yang telah dicapai.

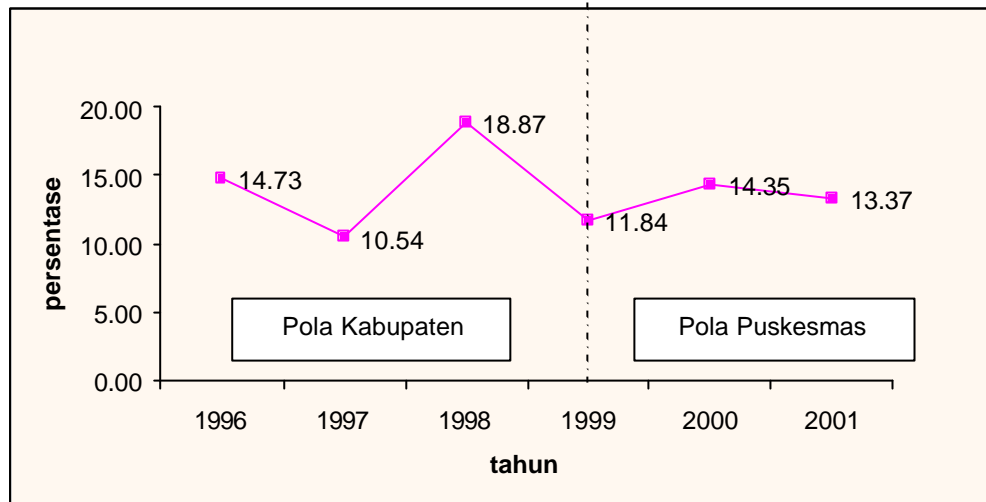
D. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Persepsi *stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi adalah tanggapan pihak-pihak yang terkait dengan perubahan pembayaran kapitasi. Sasaran dinilai memiliki persepsi positif jika sasaran memberikan respon dalam bentuk jawaban setuju atas pernyataan yang kalimatnya bersifat mendukung perubahan ataupun bersikap tidak setuju (menolak) terhadap pernyataan yang tidak mendukung.
2. Ratio rujukan adalah prosentase jumlah pasien yang dirujuk dibanding jumlah seluruh kunjungan pasien per tahun disetiap Puskesmas.
3. Kecenderungan biaya pelayanan adalah kecenderungan peningkatan biaya setiap tahun yang dihitung dengan menggunakan rumus $n - (n-1) / (n-1) \times 100$.

IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Data Kuantitatif

1. Rasio rujukan



Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Dalam kurun waktu tahun 1996 sampai dengan tahun 2001 rerata rasio rujukan menunjukkan pola naik turun, rasio rujukan tertinggi terjadi pada tahun 1998, rasio rujukan mengalami penurunan yang sangat tajam pada tahun 1999 dari 18,88 % menjadi 11,84 %, tetapi pada tahun-tahun berikutnya rerata rasio rujukan menunjukkan kecenderungan meningkat sampai pada kisaran 14 %. namun masih dibawah rata-rata rasio rujukan regional Jawa Tengah dan DIY (gambar 1). Rerata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dibanding pola Kabupaten, penurunan rujukan terjadi pada 100 % Puskesmas dengan kepesertaan diatas 3000 jiwa, 75 % pada Puskesmas dengan kepesertaan antara 2.000 s/d 3.000 jiwa, 40 % puskesmas dengan kepesertaan antara 1.000 s/d 2.000 jiwa sedang

Puskesmas dengan kepesertaan kurang dari 1.000 jiwa penurunan rasio rujukan hanya terjadi pada 33 % Puskesmas.

2. Kecenderungan biaya pelayanan kesehatan

Tabel 1. Alokasi dan realisasi biaya pelayanan pola Kapitasi Total Basis Kabupaten

Tahun	Alokasi	RJTP	RJTL	Ranap	Realisasi	Saldo
Th. 1996	327.515.780	130.783.576	90.589.929	98.021.025	319.394.530	8.121.250
Th. 1997	346.259.940	138.447.818	92.682.197	108.218.997	339.349.012	6.910.928
Th. 1998	445.201.873	167.595.354	119.304.890	121.157.400	408.057.644	37.144.229
Trend	17%	13%	16%	11%	13%	

Sumber : Laporan tahunan PT. Askes

Alokasi anggaran kapitasi biaya pelayanan kesehatan selalu, rerata setiap tahun kenaikannya sebesar 17 % . Untuk RJTP kenaikannya menyesuaikan dengan peningkatan jumlah kartu terdaftar serta pola tarif SKB, sedang pada RJTL maupun Rawat Inap peningkatannya berdasarkan jumlah kasus serta besaran pola tarif SKB. Setiap tahun rata-rata sisa dana yang dibagikan sebagai insentif untuk seluruh Puskesmas dan *stakeholder* lainnya tidak pernah lebih dari 5 % (tabel 1)

Tabel 2. Alokasi dan realisasi biaya pelayanan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas

Tahun	Alokasi	RJTP	RJTL	Ranap	Realisasi	Saldo
Th. 1999	705.843.993	142.122.282	424.663.514	331.374.131	898.159.927	(192.315.934)
Th. 2000	818.562.014	143.609.941	304.552.392	343.603.716	791.776.049	26.785.965
Th. 2001	937.041.954	172.993.375	301.284.180	384.409.543	858.687.098	78.354.856
Trend	15%	11%	-15%	8%	-2%	

Sumber : Laporan Tahunan PT. Askes

Alokasi kapitasi biaya pelayanan kesehatan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas setiap tahunnya juga selalu meningkat (tabel 2), tetapi peningkatan alokasi tersebut masih lebih rendah dibanding pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten. Kecenderungan peningkatan realisasi biaya pelayanan kesehatan untuk Rawat Inap juga lebih rendah dibanding pada pola Kapitasi Total Basis Kabupaten, bahkan yang lebih menarik adalah terjadinya kecenderungan penurunan total realisasi maupun pada Rawat Jalan Tingkat Lanjut penurunannya sampai 15 %.

B. Data Kualitatif

1. Persepsi pimpinan Puskesmas terhadap aspek regulasi Askes

Pada umumnya Kepala Puskesmas (94,74 %) bisa menerima dan memiliki persepsi positif terhadap SKB pola tarif, meskipun penerimaan mereka terhadap pola tarif mensyaratkan adanya subsidi pemerintah dalam bentuk obat dan sarana penunjang lainnya seperti terungkap dalam petikan wawancara dibawah ini :

“...kenaikan pola tarif SKB 1000 rupiah untuk puskesmas yang sekarang ini sudah bagus tapi kalau masih harus beli obat sendiri ya ...masih susah, selama subsidi obat masih ada saya rasa kerja sama dengan askes masih menguntungkan...”

Puskesmas 07

Disisi lain sebagian besar kepala Puskesmas (78,95%) tidak sependapat terhadap pengembalian sebagian sisa dana ke Askes seperti yang tercantum dalam Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Daerah Kulon Progo dengan PT. Askes, bahkan menganggap Perjanjian Kerja Sama dengan Askes kurang adil (89,47 %).

Pernyataan-pernyataan negatif terhadap Perjanjian Kerja Sama tercermin dari petikan wawancara baik dengan *stakeholder* eksternal maupun internal, seperti dibawah ini :

“...masalah sisa dana yang sebagian kembali ke Askes itu saya sama sekali nggak setuju....., yang namanya sisa itu ya miliknya Puskesmas sebagai *reward* atas pengendalian yang dilakukan..., lha kalau harus kembali ke Askes buat apa kita ngendalikan rujukan... nggak adil itu....”

Puskesmas 11

“.....askes itu menang-menangan saya nggak setuju itu tentang pengembalian sisa dana ke Askes.... sebaiknya puskesmas negoisasi dengan pihak Askes untuk pengaturan sisa dana... dinas menjadi fasilitator saja.....”

Stakeholder eksternal 01

2. Persepsi pimpinan Puskesmas terhadap aspek pelayanan paripurna

Sebagian besar Kepala Puskesmas (57,89 %) mengaku keputusan merujuk berdasar atas indikasi medis dan menyatakan setuju melakukan upaya promotif dan preventif namun hanya 26,32 % saja yang menyatakan bersedia melakukan kunjungan rumah untuk menekan rujukan ke Rumah Sakit. Dilain pihak sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan tidak membelanjakan dana kapitasinya untuk melengkapi obat-obatan yang ada di Puskesmas. Mengamati hal tersebut dapat diartikan bahwa Puskesmas belum benar-benar menerapkan prinsip prinsip pembayaran kapitasi seperti yang diungkapkan oleh Azwar (1998) yakni : (1) Prinsip kemungkinan timbulnya resiko (*risk probability*), (2) Prinsip membagi resiko (*risk sharing*) dan (3) Prinsip pelayanan yang profesional (*profesionalism*).

Pernyataan-pernyataan para Kepala Puskesmas mengenai aspek pelayanan paripurna dalam konsep kapitasi terungkap dalam petikan wawancara dibawah ini :

“...kita nggak pernah memberikan penyuluhan kepada pasien-pasien Askes..., biaya penyelenggaraannya dari mana?...untuk pembelian obat uang segitu dapat apa..., selama masih ada obat Inpres ya..kita pakai itu..”

Responden 20

“...jujur saja ya saya tahu bahwa dalam biaya kapitasi yang dibayarkan termasuk untuk pembelian obat..... tapi saya punya banyak sumber dana untuk obat dan persediaan obat sangat mencukupi....ya nggak perlu beli obat untuk peserta Askes.....”

Puskesmas 02

3. Persepsi pimpinan Puskesmas terhadap cara pembayaran kapitasi

Secara umum seluruh *stakeholder* baik internal maupun eksternal memiliki persepsi yang sangat positif terhadap pola pembayaran kapitasi, sebesar 89,47 % Kepala Puskesmas menyatakan pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih baik dibanding pola kabupaten, serta menyatakan bahwa pola Kapitasi Total Basis Puskesmas merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan biaya pelayanan. Pernyataan-pernyataan *stakeholder* yang berkaitan dengan cara pembayaran kapitasi terungkap dalam petikan wawancara seperti dibawah ini :

“...dibanding pola kapitasi yang dulu menurut saya lebih bagus yang sekarang apa lagi kapitasinya naik....tapi untuk keseragaman tetap kita butuhkan rambu-rambunya....agar kalau ada pemeriksaan nggak ada masalah....”

Puskesmas 16

“....untuk pengelolaan Askes, dinas nggak ikut campur..... semua kita serahkan ke Puskesmas..... sebaiknya puskesmas-puskesmas membentuk aliansi untuk mengatur pengelolaan Askes.....untuk retribusi peserta Askes apa mau dibayar kunjungan atau dengan cara yang lain silahkan dibicarakan antar Puskesmas.....yang pasti kita diberi target untuk pemasukan ke Pemda.....”

Stakeholder eksternal 01

4. Persepsi Kepala Puskesmas terhadap hubungan dengan PT. Askes

Pada umumnya Kepala Puskesmas memiliki persepsi negatif terhadap PT. Askes, hal tersebut tercermin dari pernyataan-pernyataan Kepala Puskesmas yang bernada negatif, sejumlah 89,47 % Kepala Puskesmas mengaku tidak pernah memperoleh informasi penyerapan dana secara periodik, bahkan Kepala Puskesmas menyatakan dalam penetapan alokasi anggaran kapitasi Askes menetapkannya secara sepihak tanpa melalui proses negosiasi dengan Puskesmas. Persepsi negatif Kepala Puskesmas terungkap dari hasil wawancara sebagai berikut :

“...untuk IKS itu masalah yang sulit....data penyerapan kita nggak ngerti.... tahu-tahu Askes bilang penyerapannya sekiansisa dananya sekian.....harusnya Askes memberi informasi misal setiap 3 bulan,.....”

Puskesmas 12

“...jangan ada negosiasi..... kita disodori kontrak yang sudah ditandatangani tingkat II..... yach..., mau nggak mau ya kita mesti tanda tangan..... kita nggak ngerti juga berapa persisnya kebutuhan biaya untuk peserta Askes,....askes yang ngerti datanya....kita cuma manut saja..... .”

Puskesmas 16

5. Persepsi pimpinan Puskesmas terhadap aspek hubungan dengan Rumah Sakit

Sebagian besar Kepala Puskesmas (89,47 %) menyatakan ketidaksetujuannya terhadap pembayaran *fee for services* di Rumah Sakit karena hal itu akan menyulitkan pengendalian biaya oleh Puskesmas serta mendorong Rumah Sakit untuk tidak berkeinginan mengendalikan biaya pelayanan. Persepsi negatif terhadap RS. tercermin dari pernyataan-pernyataan Kepala Puskesmas sebagai berikut :

“...selama rumah sakit masih dibayar secara fee for services saya rasa puskesmas kesulitan untuk mengendalikan biaya..... seharusnya yang diklaim hanya yang dirujuk oleh puskesmas sedang yang tanpa rujukan diambilkan dari alokasi untuk gawat darurat..... rumah sakit tidak bisa diharapkan untuk mengendalikan biaya....itu karena sifat pembayaran fee for services memang begitu.....”

Puskesmas 12

3. Antisipasi stakeholder internal dalam menghadapi perubahan pola kontrak pembayaran kapitasi dengan PT. Askes.

Untuk mengetahui sejauh mana antisipasi *stakeholder* internal dalam menghadapi perubahan pola kontrak pembayaran kapitasi dengan PT. Askes maka diadakan suatu diskusi. Sebagai fasilitator penulis menyampaikan bahwa kapitasi Rp. 1000,- per jiwa per bulan setara dengan Rp. 7.000,- per kunjungan dan itu merupakan tarif yang pantas karena telah mendekati tarif kompetitor sederajat. Dengan penjelasan yang didasarkan atas data kunjungan peserta Askes di masing-masing Puskesmas maka dicapai suatu kesepakatan yang akan dituangkan dalam bentuk SK Kepala Dinas Kesehatan sebagai berikut :

1. 50 % dari biaya kapitasi dialokasikan sebagai jasa medis
2. 50 % sisanya dialokasikan untuk jasa sarana, pembelian obat-obatan yang dibutuhkan serta sebagai cadangan pembayaran retribusi kepada Pemda.
3. Memberikan pelayanan kepada peserta Askes yang terdaftar di wilayah kabupaten Kulon Progo tanpa kecuali dan secara bertahap menuju konsep berlangganan.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Rerata rasio rujukan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dibandingkan pola Kapitasi Total Basis Kabupaten.
2. Rerata kecenderungan kenaikan biaya pelayanan kesehatan pada pola Kapitasi Total Basis Puskesmas lebih rendah dibanding pola Kabupaten, bahkan terjadi kecenderungan penurunan realisasi biaya pelayanan maupun biaya Rawat Jalan Lanjutan di Rumah Sakit.
3. *Stakeholder* eksternal memiliki persepsi positif terhadap perubahan dari pola Kapitasi Total Basis Kabupaten ke pola Kapitasi Total Basis Puskesmas.
4. Sebagian besar Kepala Puskesmas memiliki persepsi positif terhadap perubahan pola Kapitasi Total tetapi belum sepenuhnya bersikap sebagai *gatekeeper* yang menerapkan prinsip-prinsip kapitasi.

B. Saran

1. Pihak PT. Askes agar lebih meningkatkan komunikasi dengan pihak Puskesmas dan *stakeholder* eksternal lainnya melalui forum komunikasi.
2. Puskesmas-Puskesmas dengan kepesertaan Askes yang sedikit agar digabung dalam satu kontrak sehingga secara perhitungan aktuarial maupun secara finansial akan lebih bermakna.
3. PT. Askes agar berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk pengawasan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta Askes yang dilakukan oleh Puskesmas.

4. PT. Askes agar secara berkala menyampaikan penyerapan penggunaan dana kepada Puskesmas guna pengendalian dan pengawasan pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit.
5. PT. Askes agar menyesuaikan Sistem Informasinya untuk melayani kebutuhan *utilisasi review* pola Alternatif I

DAFTAR PUSTAKA

- Atkinson, R.C., dan Hilgard, E.R., 1991. *Pengantar Psikologi*. Alih Bahasa Nurjannah Taufik dan Rukmini Barhana, Penerbit Erlangga.
- Azwar, A., 1998. Kebijakan IDI Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi, Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia, Jakarta.
- Becker, M.H., 1974. *The Health Belief Model and Sick Role Behaviour*, Health Education Monography
- Boland, P., 1993. *Making Managed Health Care Work*. Aspen Publ., Gaithersburg, MD.
- Chiswick, B.R., 1976, *Hospital Utilization: An Analysis of SMSA Differences in Occupancy Rates, Admissions Rates and Bed Rates*, Explorations in Economic Research
- Chotimah, N., Kusnanto, H., 2000. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Dan Motivasi Dokter Keluarga PT Askes Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Kepada Peserta Wajib PT Askes*, JMPK 03 (04) : 171-185.
- Eastaugh, S.R., 1981, *Medical Economics and Health Finance*, Boston: Ausburn House Publ. Comp.
- Feldstein, P.J., 1983, *Health Care Economics*, Second Ed. New York: John Wiley and Sons
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, Jr. J. H., 1996, *Organisasi*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Gitosudarmo, I dan Sudita, I.N., 2000. *Perilaku Keorganisasian*, BPFE, Yogyakarta.
- Goldberg, L.G. and W. Greenberg, 1980, *The Competitive Response of Blue Cross to the Health Maintenance Organization*, Economic Inquiry
- Greenley, G.E., Foxall, G.R., 1977. *Multiple Stakeholder Orientation in UK Companies and The Implications for Company Performance*. *Journal of Management Studies* 34 (2) : 259 – 284.

- Hendratini, 2000, *Modul Kuliah*, Universitas Gadjah Mada
- HIAA, 2000. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B (terjemahan)*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan – Universitas Indonesia, Jakarta.
- Kertapati, T., 1981. *Dasar-dasar Publikasi*. PT Bina Aksara, Jakarta.
- Lexy, 1998, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosdakarya, Bandung
- Luft, H.S., 1981, *Health Maintenance Organizations : Dimensions of Performance*, New York : John Willey & Sons
- Mukti, A.G., 2001. Sistem Rujukan Oleh Dokter Keluarga Dalam Rangka Efisiensi Dan Efektifitas Pelayanan Kesehatan. Makalah Seminar Dokter Keluarga sebagai Gatekeeper, Yogyakarta..
- Nawawi, 1995, *Metode Penelitian Bidang Sosial*, Gadjah Mada University Pers, Yogyakarta
- Notoatmodjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- PT. Askes Kantor Cabang Jawa Tengah & DIY., 1999, *Perjanjian Kerja Sama*, PT. Asuransi Kesehatan Indonesia.
- Rahmad, J., 1992. Psikologi Komunikasi, Penerbit PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Samuels, D. I. 1996, *Capitation : New Opportunities in Healthcare Delivery*, Irwin Professional Publishing, Chicago.
- Sarwono, S.W., 1991. Teori – Teori Psikososial, PT Rajawali Press, Jakarta.
- Savage, G.T., Taylor, R.L., Rotarius, T.M., Buessler, J.A., 1997. *Governance of Integrated Delivery Systems/Networks : A Stakeholder Approach*. Health Care Manage Rev, 22 (1) 7 – 20.
- Stearns, S. C., Wolfe, B. L., Kindig, D. A., 1992, *Physician Responses to Fee-for-Service and Capitation Payment*, Blue Cross and Blue Shield Association
- Sulastomo., 1999, *Pembiayaan Kesehatan : Dari Asuransi ke Managed Care Concept*, PT. Asuransi Kesehatan Indonesia

- Sutomo, A.H., 2001. *Proses Pengambilan Keputusan Untuk Merujuk Oleh Dokter Keluarga Berdasarkan Parameter Evidence Based dan Cost Efficiency*. Makalah Seminar Dokter Keluarga sebagai Gatekeeper, Yogyakarta.
- Rice, T., 1997. *Physician Payment Policies : Impacts and Implications*. Annu Rev. Public Health.
- Tauchid, C., Trisnantoro, L., dan Hendrartini, J. 2001. *Analisis Penerimaan dari Pelayanan Peserta PT Askes Indonesia di Rumah Sakit Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 1995, 1996, 1997*, JMPK 04 (01) : 43-52.
- Thabrany, H., & Hidayat, B., 1998, *Pembayaran Kapitasi*, Universitas Indonesia, Jakarta
- Thabrany, H., 1998, *Kumpulan Asuransi Kesehatan Dan Kapitasi*, Universitas Indonesia, Jakarta
- Thoha, M., 1986, *Perilaku Organisasi Konsep Dasar dan Aplikasinya*, CV Rajawali, Jakarta.
- Trisnantoro, L., & Manurung, D., 2001. *Dampak Perubahan Lingkungan Terhadap Sifat dan Bentuk Manajemen Rumah Sakit, Makalah Otonomi Rumah Sakit, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada*.
- Yusuf, Y., 1991. *Psikologi Antar Budaya*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung.

LAMPIRAN 1

Penelitian tentang Persepsi *Stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo

Daftar pertanyaan ini bertujuan untuk mengumpulkan data tentang persepsi *provider* terhadap seluruh aspek sistem pembayaran kapitasi oleh PT. Askes. Hasil penelitian ini akan dipergunakan sebagai saran-saran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dalam melakukan kontrak kerja sama dengan PT. Askes.

Panduan wawancara untuk *stakeholder* internal

Sesuai PP No. 69/91 tarif pelayanan kesehatan ditentukan oleh Pemerintah (Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri) dengan terbitnya SKB tersebut maka pola tarif yang berlaku adalah pola tarif subsidi bukan berdasarkan *unit cost* murni. Pihak Askes selalu menyatakan bahwa potongan gaji PNS terlalu kecil sementara itu Pemerintah sebagai pemberi kerja tidak memberikan iur premi sama sekali bagi pekerjanya (PNS) .

1. Menurut saudara apakah pola tarif SKB yang mendasari penetapan besaran kapitasi oleh PT. ASKES tersebut telah memuaskan pihak *provider* ? Mohon komentar saudara tentang pola tarif SKB tersebut :

.....

Sesuai Ikatan Kerja Sama sisa dana dibagi menurut ketentuan sebagai berikut : (1) Sisa dana 0 - 10 % dibagi 90 % untuk PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit) dan 10 % untuk Dinas Kesehatan Kabupaten, (2) sisa dana >10 – 15 % pembagian yang 5 % diatur 50 % untuk PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 40 % kembali ke PT. Askes, (3) sisa dana > 15 – 20 % pembagian yang 5 % diatur 30 % PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 60 % kembali ke PT. Askes, (4) sisa dana lebih dari 20 %, kelebihan sisa dana dikembalikan ke PT. Askes tanpa ada pembagian ke PPK maupun Dinas Kesehatan.

2. Menurut saudara apakah ketentuan pembagian sisa dana tersebut telah menunjukkan hubungan kerja sama dengan *profit sharing* yang adil? Mohon komentar saudara tentang *profit sharing* dalam Ikatan Kerja Sama tersebut :

.....

3. Menurut saudara apakah SKB dan IKS tersebut dapat menekan biaya pelayanan kesehatan tanpa mengabaikan mutu pelayanan ? Mohon komentar saudara tentang SKB dan Ikatan Kerja Sama tersebut :

.....

Cara pembayaran kapitasi adalah suatu cara pembayaran oleh Pengelola Dana kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya, yang besar biayanya tidak dihitung berdasarkan jenis maupun jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan, melainkan berdasarkan jumlah jiwa (kapita) yang menjadi

tanggung jawab suatu Penyedia Pelayanan Kesehatan. Pada tahun 1999 KPC 12-02 merubah pola kontrak kapitasi biaya pelayanan kesehatan, dari pola kontrak berbasis kabupaten (pola Basis Kabupaten) ke pola kontrak berbasis Puskesmas (pola Basis Puskesmas). Pada pola Basis Kabupaten Puskesmas belum sepenuhnya berfungsi sebagai *gate keeper* dan tidak bertanggung jawab penuh terhadap pengendalian biaya pelayanan, sedang pada pola Basis Puskesmas Puskesmas sepenuhnya berfungsi sebagai *gate keeper* dan secara mandiri mengelola dana kapitasinya termasuk upaya-upaya untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, penghematan biaya pelayanan dapat dicapai melalui : pengendalian rujukan, upaya-upaya promotif dan preventif, pengawasan terhadap pelayanan kesehatan di RS dan secara berkala memantau utilisasi penyerapan dana di Askes.

4. Apakah saudara memahami perubahan pola kontrak kapitasi yang diterapkan oleh Askes ? Mohon komentar saudara tentang perubahan pola kontrak tersebut :

.....

5. Menurut saudara apakah pola kontrak di tingkat Puskesmas lebih baik dibandingkan kontrak ditingkat kabupaten? Mohon komentar saudara tentang perubahan pola kontrak tersebut :

.....

Dalam pembayaran kapitasi menuntut sikap profesional dari pihak *provider* yakni dengan cara meningkatkan kemampuan teknik medis untuk menekan kasus rujukan serta lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif.

7. Menurut saudara, apakah sistim pembayaran secara kapitasi yang ditetapkan berdasar pola tarif SKB oleh PT. Askes tsb. dapat menekan biaya pelayanan kesehatan dengan memacu pelayanan-pelayanan promotif dan preventif ?

Mohon komentar saudara tentang cara pelayanan kesehatan peserta ASKES :

.....

Penghematan biaya pelayanan kesehatan dalam sistem pembayaran kapitasi diperoleh dari pengendalian rujukan.

8. Apakah setiap kali mengeluarkan rujukan kepada peserta selalu didasari oleh alasan keterbatasan kemampuan secara medis? Mohon komentar saudara tentang pelayanan rujukan peserta ASKES :

.....

Cara pembayaran kapitasi model Basis Puskesmas yang berbasis Puskesmas mengharuskan Puskesmas bekerja sama dengan pihak Rumah Sakit untuk menekan biaya pelayanan kesehatan.

9. Apakah saudara pernah melakukan pembicaraan dengan pihak rumah sakit berkaitan dengan perawatan peserta Askes yang menjadi tanggung jawab saudara? Mohon komentar saudara tentang hubungan antara Puskesmas dan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan peserta ASKES :

.....

Biaya pelayanan kesehatan dialokasikan di Puskesmas termasuk biaya RJTL dan Rawat Inap kecuali kasus katastrofis sementara itu cara pembayaran di RS menggunakan sistem *fee for services* dengan *cost sharing* sesuai tarif Perda.

10. Menurut saudara apakah biaya kapitasi yang dialokasikan di Puskesmas cukup efektif untuk mengendalikan laju biaya pelayanan kesehatan, sementara cara pembayaran di Rumah Sakit masih menggunakan sistim pembayaran *fee for services* dengan *cost sharing* sesuai pola tarif Perda?

Mohon komentar saudara mengenai pelayanan Askes di RS yang dibayar secara *fee for services* :

.....

11. Setiap tahun Puskesmas menerima alokasi yang ditetapkan oleh Askes, apakah secara teratur (misal 3 bulan sekali) pihak Puskesmas memperoleh informasi mengenai utilisasi (penyerapan dana) dari pihak PT Askes ? Mohon penjelasan saudara mengenai evaluasi penyerapan dana ?

.....

12. Pembayaran secara kapitasi Basis Puskesmas memerlukan jumlah peserta yang besar ditingkat *gate keeper* agar prinsip-prinsip asuransi dapat berfungsi. Menurut saudara apakah jumlah peserta yang terdaftar di Puskesmas saudara telah mencukupi untuk pembayaran secara kapitasi ? Mohon komentar saudara mengenai jumlah peserta yang saudara layani :

.....

13. Dalam penetapan alokasi kapitasi biaya pelayanan kesehatan masing-masing pihak seharusnya menghitung semua kemungkinan resiko yang bakal terjadi, apakah selama ini penanda-tanganan kontrak kapitasi telah melalui proses negosiasi yang adil? Mohon komentar saudara mengenai cara penetapan alokasi di Puskesmas saudara :

.....

14. Apakah saudara pernah meminta penjelasan pihak Askes mengenai biaya-biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan peserta yang menjadi tanggung jawab saudara?

Mohon komentar saudara mengenai keterbukaan penyerapan dana :

.....

LAMPIRAN 2

Penelitian tentang Persepsi *Stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo

Daftar pertanyaan ini bertujuan untuk mengumpulkan data tentang persepsi *stakeholder* terhadap perubahan sistem pembayaran kapitasi oleh PT. Askes. Hasil penelitian ini akan dipergunakan sebagai masukan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dalam melakukan kontrak kerja sama dengan PT. Askes.

Panduan wawancara untuk *stake holder* pengelola Askes di Kabupaten

1. Dalam Ikatan Kerja Sama disebutkan ketentuan pembagian sisa dana sbb : (1) Sisa dana 0 - 10 % dibagi 90 % untuk PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit) dan 10 % untuk Dinas Kesehatan Kabupaten, (2) sisa dana >10 – 15 % pembagian yang 5 % diatur 50 % untuk PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 40 % kembali ke PT. Askes, (3) sisa dana > 15 – 20 % pembagian yang 5 % diatur 30 % PPK, 10 % Dinas Kesehatan dan 60 % kembali ke PT. Askes, (4) sisa dana lebih dari 20 %, kelebihan sisa dana dikembalikan ke PT. Askes tanpa ada pembagian ke PPK maupun Dinas Kesehatan. Menurut saudara apakah ketentuan pembagian sisa dana tersebut telah menunjukkan hubungan kerja sama yang adil?

() Ya

() Tidak

Mohon diberikan penjelasan :

2. Sejak tahun 1999 manajemen PT. Askes KPC 12-02 merubah pola kontrak kapitasi biaya pelayanan kesehatan, dari pola berbasis kabupaten ke pola berbasis Puskesmas, menurut saudara apakah pola baru tersebut dapat memacu kinerja Puskesmas untuk meningkatkan efisiensi biaya pelayanan?

() Ya

() Tidak

Mohon tanggapannya mengenai perubahan pola kontrak kapitasi tersebut :

.....

3. Dalam pola kontrak berbasis Kabupaten (pola Basis Kabupaten), Dinas Kesehatan memiliki otoritas terhadap pengelolaan alokasi anggaran kapitasi biaya pelayanan, sementara dalam pola kontrak berbasis Puskesmas (pola Basis Puskesmas) otoritas tersebut bergeser ke Puskesmas, apakah saudara melihat keadaan tersebut sebagai hal yang merugikan Dinas Kesehatan?

() Ya

() Tidak

Mohon diberikan penjelasan :

.....

4. Dalam pola kontrak berbasis Puskesmas alokasi kapitasi biaya pelayanan termasuk pula biaya-biaya layanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut dan Rawat Inap, sementara itu Rumah Sakit dibayar secara *fee for services* dengan *cost*

sharing sesuai Perda pola tarif RS, menurut saudara apakah pola tersebut mampu mengendalikan biaya pelayanan kesehatan oleh pihak Rumah Sakit ?

() Ya

() Tidak

Mohon diberikan penjelasan :

.....

5. Dalam pola kontrak berbasis Puskesmas alokasi kapitasi biaya pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama yang meliputi komponen jasa medis, jasa sarana, obat dan retribusi sesuai Keputusan Bupati Kulon Progo nomor 6 tahun 2002 diserahkan langsung kepada pihak Puskesmas, menurut Saudara apakah Puskesmas masih harus menyerahkan sebagian dana tersebut sebagai retribusi kepada Pemda ?

() Ya

() Tidak

Mohon diberikan penjelasan :

.....

LAMPIRAN 3

Penelitian tentang Persepsi *Stakeholder* terhadap perubahan pola kontrak kapitasi dari pola Basis Kabupaten ke pola Basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo

Daftar pertanyaan ini bertujuan untuk mengumpulkan data tentang persepsi *provider* terhadap seluruh aspek sistem pembayaran kapitasi oleh PT. Askes. Hasil penelitian ini akan dipergunakan sebagai saran-saran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dalam melakukan kontrak kerja sama dengan PT. Askes.

1. pandangan Bapak/Ibu Kepala Puskesmas sendiri, dengan cara memberi tanda silang (X) pada kode jawaban yang telah tersedia :
S bila Bapak/ Ibu **Setuju** dengan pernyataan tersebut
TS bila Bapak/ Ibu **Tidak Setuju** dengan pernyataan tersebut
2. Apabila ingin meralat jawaban Bapak/Ibu dapat melakukannya dengan memberi tanda lingkaran pada jawaban yang dianggap kurang tepat baru kemudian memberi tanda silang pada kode jawaban yang dipilih.
3. Bapak/Ibu Kepala Puskesmas dimohon memberikan jawaban berdasarkan pendapat Bapak/Ibu sendiri terhadap setiap pernyataan yang diajukan. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, karena yang diutamakan adalah jawaban yang sesuai dengan perasaan, pengalaman dan pandangan Bapak/Ibu sendiri.
4. Diharapkan Bapak/Ibu Kepala Puskesmas dapat memberikan jawaban atas semua pernyataan tanpa ada yang terlewatkan.

1. SKB pola tariff diterbitkan untuk menutup kekurangan premi yang dibayar peserta (S) (TS)
2. Pengembalian seluruh sisa dana diatas 20 % ke PT.Askes bertujuan agar provider tidak memberikan pelayanan dibawah standart (S) (TS)
3. Provider menurunkan mutu pelayanan untuk menutup kerugian akibat rendahnya pola tariff SKB (S) (TS)
4. Profit sharing dalam PKS belum menunjukkan hubungan kerja sama yang saling menguntungkan (S) (TS)
5. Saya tidak bersedia memberi rujukan atas permintaan pasien (S) (TS)
6. Untuk menekan biaya saya menitik beratkan pada pelayanan promotif dan preventif (S) (TS)
7. Saya akan melakukan kunjungan rumah untuk peserta dengan penyakit kronis agar bisa menekan biaya rawat jalan lanjutan (S) (TS)
8. Persediaan obat di Puskesmas mencukupi oleh karena itu tidak perlu membeli obat dari dana kapitasi Askes (S) (TS)
9. Kontrak kapitasi di Puskesmas merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan biaya pelayanan (S) (TS)
10. Kontrak tingkat Puskesmas lebih baik dari kontrak tingkat kabupaten (S) (TS)
11. Pola kontrak di Kabupaten ataupun di Puskesmas tak berpengaruh dalam mengendalikan biaya pelayanan (S) (TS)
12. Untuk memberikan pelayanan kepada peserta Askes saya lebih suka dibayar secara fee for services (S) (TS)
13. Adanya kepastian pemasukan dana merupakan salah satu keuntungan pembayaran kapitasi oleh Askes (S) (TS)

- | | | |
|--|-----|------|
| 14. Askes tidak pernah menyampaikan penyerapan dana kapitasi per Puskesmas secara periodik. | (S) | (TS) |
| 15. Askes menetapkan sepihak alokasi dana kapitasi tanpa melalui proses negoisasi dengan Puskesmas | (S) | (TS) |
| 16. Atas penghematan yang dilakukan sudah sepantasnya pihak RS memperoleh pembagian sisa dana kapitasi | (S) | (TS) |
| 17. RS dibayar secara fee for services menyulitkan Puskesmas mengendalikan biaya pelayanan kesehatan | (S) | (TS) |
| 18. Pembayaran secara fee for services membuat RS tidak berkeinginan mengendalikan biaya pelayanan | (S) | (TS) |

LAMPIRAN 4

Tabel Perbandingan Rasio Rujukan

Puskesmas	Rasio rujukan Basis Kabupaten			Rasio rujukan Basis Puskesmas		
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Wates	14,34	16,45	18,74	11,98	15,45	14,96
Kokap I	16,46	19,85	23,78	31,16	26,85	12,06
Kokap II	13,21	14,10	21,81	22,16	14,10	14,16
Samigaluh I	16,32	17,15	21,76	12,75	24,15	8,6
Samigaluh II	15,31	15,69	17,89	11,90	15,69	6,8
Galur I	14,61	15,81	18,71	13,30	15,81	15,44
Galur II	16,43	18,70	19,63	19,35	19,70	18,74
Kalibawang	11,98	11,98	17,98	9,8	11,98	11,58
Pengasih I	14,29	17,95	19,65	16,56	18,95	17,85
Pengasih II	15,82	17,44	15,76	8,4	10,44	11,88
Nanggulan	15,78	15,98	17,84	10,46	13,98	14,03
Sentolo I	12,61	14,93	14,73	10,61	12,93	10,51
Sentolo II	16,41	19,14	18,81	25,65	32,11	20,28
Girimulyo I	12,21	14,29	18,81	19,43	10,29	15,99
Girimulyo II	18,43	21,33	23,51	26,82	34,33	6,3
Temon I	11,46	12,66	14,92	7,7	9,6	10,25
Temon II	14,61	15,12	19,43	9,5	15,12	18,85
Panjatan	14,86	14,86	16,93	10,98	12,86	12,41
Lendah I	11,64	12,68	15,91	8,8	10,21	10,94
Lendah II	17,43	21,60	18,84	23,40	21,60	19,76
Rerata	14,73	16,39	18,87	11,84	14,35	13,31

LAMPIRAN 5

Tabel Alokasi dan realisasi anggaran kapitasi total Basis Puskesmas tahun 1999

Puskesmas	Alokasi	Realisasi biaya				Jumlah	%
		RJTP	RJTL	Ranap	Persalinan		
Wates	109.719.308	23.213.908	91.877.242	73.668.584	6.350.500	195.110.234	177,8
Kokap I	34.992.195	6.954.045	19.416.468	8.203.297	338.500	34.912.310	99,8
Kokap II	5.845.560	495.110	1.740.248	1.709.927	230.000	4.175.285	71,4
Samigaluh I	33.364.945	6.921.895	42.336.303	6.247.541	362.500	65.868.239	197,4
Samigaluh II	071.040	1.015.940	2.648.532	1.950.668	-	5.615.140	79,4
Galur I	49.069.778	9.929.517	26.326.337	.690.846	349.000	46.295.700	94,3
Galur II	21.778.440	4.745.340	22.091.138	16.188.686	1.350.000	44.375.164	203,8
Kalibawang	42.560.990	8.603.340	11.969.269	17.761.138	2.722.500	41.056.247	96,5
Pengasih I	47.909.903	9.849.153	23.344.954	10.941.570	1.349.500	45.485.177	94,9
Pengasih II	24.047.120	4.976.820	17.448.302	15.689.572	2.163.000	40.277.694	167,5
Nanggulan	49.099.023	10.485.723	21.918.145	17.559.337	1.884.000	51.847.205	105,6
Sentolo I	52.861.865	10.902.065	24.222.753			53.005.260	100,3
Sentolo II	18.964.953	2.904.753	7.688.259			18.220.881	96,1
Girimulyo I	22.814.265	4.536.365	10.456.114	5.682.639	739.000	21.414.118	93,9
Girimulyo II	11.256.075			3.031.917	222.000	9.350.500	83,1
Temon I	50.391.965	10.773.465	35.644.855			86.958.540	172,6
Temon II	17.891.800	2.700.600	8.158.213	5.036.864	460.000	16.355.677	91,4
Panjatan	57.562.715	12.155.915	26.311.885	17.225.098			100,0
Lendah I	36.052.993	7.039.243	20.617.571	20.534.463	1.103.000	49.294.277	136,7
Lendah II	12.589.060	2.488.410	5.781.018	2.446.453			87,2
Jumlah	705.843.993	142.122.282	424.663.514	306.640.631	24.733.500	898.159.927	117,5

LAMPIRAN 6

Tabel Alokasi dan realisasi anggaran kapitasi total Basis Puskesmas tahun 2000

Puskesmas	Alokasi	Realisasi biaya				Jumlah	%
		RJTP	RJTL	Ranap	Persalinan		
Wates	180.340.711	24.062.756	69.306.391	76.235.775	4.042.500	173.647.422	96,3
Kokap I	27.976.489	6.802.990	6.836.278	13.754.417	1.896.000	29.289.685	104,7
Kokap II	4.618.909	569.051	1.632.031	1.546.038	140.000	3.887.120	84,2
Samigaluh I	51.598.251	6.864.078	20.385.705	17.016.170	2.368.500	46.634.453	90,4
Samigaluh II	5.535.178	1.001.478	1.196.658	3.058.350	82.000	5.338.486	96,4
Galur I	46.182.894	9.871.712	21.097.168	14.969.788	684.500	46.623.168	101,0
Galur II	43.663.555	4.912.533	21.136.079	15.094.997	1.077.500	42.221.109	96,7
Kalibawang	40.580.277	8.497.316	13.521.449	16.181.829	535.000	38.735.594	95,5
Pengasih I	42.071.117	9.857.245	15.932.432	15.448.413	1.723.000	42.961.090	102,1
Pengasih II	32.050.304	5.407.622	10.508.381	13.695.344	985.000	30.596.347	95,5
Nanggulan	50.290.910	10.532.392	17.533.551	17.409.722	2.207.500	47.683.165	94,8
Sentolo I	51.956.712	11.094.984	15.803.781	19.065.445	4.124.000	50.088.210	96,4
Sentolo II	18.250.948	2.927.275	7.880.298	5.436.767	249.000	16.493.340	90,4
Girimulyo I	19.968.961	4.457.632	6.698.460	7.433.539	70.000	18.659.631	93,4
Girimulyo II	9.298.897	1.448.365	2.651.564	3.575.474	214.000	7.889.403	84,8
Temon I	65.746.298	10.873.198	26.177.362	26.932.260	1.115.000	65.097.820	99,0
Temon II	16.550.852	2.726.328	6.613.292	6.152.690	390.500	15.882.810	96,0
Panjatan	56.206.602	12.098.105	15.631.319	27.917.178	1.232.500	56.879.102	101,2
Lendah I	44.621.906	7.061.798	18.397.170	15.102.114	1.172.000	41.733.082	93,5
Lendah II	11.052.243	2.543.083	5.613.023	2.911.906	357.000	11.425.012	103,4
Jumlah	818.562.014	143.609.941	304.552.392	318.938.216	24.665.500	791.766.049	96,7

LAMPIRAN 7

Tabel Alokasi dan realisasi anggaran kapitasi total Basis Puskesmas tahun 2001

Puskesmas		Alokasi		Realisasi biaya		Jumlah	%
		RJTP	RJTL	Ranap	Persalinan		
Wates	195.974.532	29.583.060	67.673.449	77.037.511	11.064.500	185.358.200	94,6
Kokap I	37.116.084	7.776.254	10.011.034	11.869.747	980.000	30.637.035	82,5
Kokap II	4.741.380	771.853	1.094.401	2.335.335	0	4.201.589	88,6
Samigaluh I	50.304.138	7.811.167	14.493.102	23.714.300	100.000	46.118.569	91,7
Samigaluh II	8.089.110	1.496.353	1.480.013	4.021.750	0	6.998.116	86,5
Galur I	56.612.868	11.585.607	22.217.601	16.389.239	1.130.500	51.322.947	90,7
Galur II	46.745.904	6.184.811	15.675.704	18.813.955	1.667.500	42.341.970	90,6
Kalibawang	48.103.176	10.012.876	13.581.931	20.785.475	758.000	45.138.282	93,8
Pengasih I	51.765.120	11.662.732	14.660.814	19.950.219	1.929.500	48.203.265	93,1
Pengasih II	37.003.332	7.054.223	8.048.250	18.975.487	1.997.000	36.074.960	97,5
Nanggulan	58.840.680	12.537.180	19.834.382	18.501.222	2.241.500	53.114.284	90,3
Sentolo I	61.951.872	13.549.859	17.862.598	20.432.940	3.418.000	55.263.397	89,2
Sentolo II	18.914.244	3.566.616	4.982.908	8.417.452	517.000	17.483.976	92,4
Girimulyo I	23.510.952	5.231.478	6.969.258	6.008.135	449.500	18.658.371	79,4
Girimulyo II	9.466.422	1.756.071	3.020.507	2.655.437	500.000	7.932.015	83,8
Temon I	75.582.708	13.052.870	24.647.255	31.178.511	2.701.500	71.580.136	94,7
Temon II	17.965.044	3.306.253	5.710.469	5.651.544	466.500	15.134.766	84,3
Panjatan	71.588.808	14.630.535	27.292.632	23.603.080	1.533.500	67.059.747	93,7
Lendah I	47.854.188	8.296.437	15.625.414	19.010.199	112.000	43.044.050	90,0
Lendah II	14.911.392	3.127.140	6.402.458	2.686.005	805.500	13.021.103	87,32
Jumlah	937.041.954	172.993.375	301.284.180	352.037.543	32.372.000	858.687.098	

LAMPIRAN 8

Tabel ratio rujukan tahun 2000 dan 2001

	TAHUN 2000				TAHUN 2001			
	Jiwa	Kunjungan	Rujukan	%	Jiwa	Kunjungan	Rujukan	%
Wates	7.396	10.932	1.690	15,45	7.566	11.245	1.682	14,96
Kokap I	2.066	432	116	26,85	1.951	1.136	137	12,06
Kokap II	181	397	56	14,10	193	353	50	14,16
Samigaluh I	2.082	1.080	261	24,16	1.985	1.465	127	8,67
Samigaluh II	306	611	102	16,69	379	670	46	6,87
Galur I	3.016	3.465	550	15,87	2.938	3.290	508	15,44
Galur II	1.515	2.294	452	19,70	1.597	1.441	270	18,74
Kalibawang	2.572	3.405	408	11,98	2.537	3.911	453	11,58
Pengasih I	3.011	2.701	512	18,95	2.968	2.247	401	17,85
Pengasih II	1.690	3.399	355	10,44	1.821	2.609	310	11,88
Nanggulan	3.224	3.146	440	13,98	3.190	3.392	476	14,03
Sentolo I	3.432	3.579	463	12,93	3.479	3.969	417	10,51
Sentolo II	893	721	232	32,17	913	1.233	250	20,28
Girimulyo I	1.352	1.855	191	10,29	1.324	1.201	192	15,99
Girimulyo II	443	434	149	34,33	452	946	60	6,34
Temon I	3.314	6.262	605	9,66	3.326	6.515	668	10,25
Temon II	840	1.825	276	15,12	846	1.862	351	18,85
Panjatan	3.703	6.600	849	12,86	3.711	6.201	773	12,47
Lendah I	2.146	4.663	479	10,27	2.105	4.927	539	10,94
Lendah II	773	1.541	333	21,60	808	1.969	389	19,76
Jumlah	43.965	59.342	8.519	14,35	44.089	60.582	8.099	13,37

LAMPIRAN 9

Tabel ratio rujukan tahun 1998 dan 1999

	TAHUN 1999				TAHUN 1998			
	Jiwa	Kunjungan	Rujukan	%	Jiwa	Kunjungan	Rujukan	%
Wates	7.283	12.846	1.540	11,98	7.380	9.734	1.937	19,90
Kokap I	2.145	600	187	31,16	2.187	541	177	32,72
Kokap II	160	424	94	22,16	127	304	87	28,62
Samigaluh I	2.154	2.971	3611	12,15	2.094	1.376	288	20,93
Samigaluh II	316	839	119	14,18	324	586	112	19,11
Galur I	3.078	4.277	569	13,30	2.993	2.873	581	20,22
Galur II	1.503	1.715	332	19,35	1.467	1.128	364	32,27
Kalibawang	2.674	4.681	400	8,54	2.583	2.371	431	18,18
Pengasih I	3.055	3.060	507	16,56	2.927	2.357	482	20,45
Pengasih II	1.598	3.620	306	8,45	1.540	2.387	336	14,08
Nanggulan	3.272	3.822	400	10,46	3.182	2.525	462	18,30
Sentolo I	3.404	4.086	436	10,67	3.346	2.641	476	18,02
Sentolo II	909	1.033	265	25,65	871	774	244	31,52
Girimulyo I	1.408	1.319	196	14,85	1.338	1.048	167	15,94
Girimulyo II	453	738	189	25,60	456	647	149	23,03
Temon I	3.390	7.655	593	7,74	3.164	4.231	643	15,20
Temon II	836	2.322	222	9,56	867	1.753	278	15,86
Panjatan	3.782	7.255	797	10,98	3.733	4.178	872	20,87
Lendah I	2.201	4.914	434	8,83	2.098	4.628	513	11,08
Lendah II	786	1.141	267	23,40	714	1.217	330	27,12
Jumlah	44.407	69.318	8.214	11,84	43.391	47.299	8.929	18,88

LAMPIRAN 10

Tabel ratio rujukan tahun 1996 dan 1997

	TAHUN 1997				TAHUN 1996			
	Jiwa	Kunjungan	Rujukan	%	Jiwa	Kunjungan	Rujukan	%
Wates	7.273	11.944	1.663	13,92		14.876	2.317	15,58
Kokap I	2.423	4.044	306	7,57		1.891	278	14,70
Kokap II	112	945	137	14,50		472	123	26,06
Samigaluh I	2.155	2.523	254	10,07		4.846	631	13,02
Samigaluh II	295	744	24	3,23		742	128	17,25
Galur I	2.959	3.322	486	14,63		4.891	783	16,01
Galur II	1.253	5.783	709	12,26		2.468	498	20,18
Kalibawang	2.667	3.389	409	12,07		4.741	677	14,28
Pengasih I	2.914	3.168	387	12,22		5.427	784	14,45
Pengasih II	1.478	2.953	402	13,61		3.541	541	15,28
Nanggulan	3.040	4.640	311	6,70		7.327	983	13,42
Sentolo I	3.086	4.331	421	9,72		7.761	1.093	14,08
Sentolo II	793	1.165	96	8,24		1.431	452	31,59
Girimulyo I	1.267	967	143	14,79		2.844	431	15,15
Girimulyo II	476	651	32	4,92		643	187	29,08
Temon I	3.025	8.376	530	6,33		8.871	971	10,95
Temon II	946	1.599	198	12,38		3.874	761	19,64
Panjatan	3.815	6.878	609	8,85		8.781	981	11,17
Lendah I	1.938	3.221	540	16,76		6.267	768	12,25
Lendah II	490	4.005	214	5,34		2.431	478	19,66
Jumlah	42.405	74.648	7.871	10,54		94.125	13.865	14,73



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

Persepsi Stakeholder terhadap perubahan pola kontrak kapitasi total biaya pelayanan kesehatan peserta wajib PT Askes dari basis Kabupaten ke basis Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo
SUGIARTO, Agung, drg. Julita Hendratini, M.Kes

Universitas Gadjah Mada, 2003 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>