

# PENGUATAN PELAYANAN PRIMER MELALUI SISTEM INSENTIF BERBASIS KINERJA

Ringkasan kebijakan ini ditujukan untuk memberikan rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Badan Kepegawaian Nasional, Badan Kepegawaian Daerah dan Pemerintah Propinsi dan Kabupaten/Kota dalam rangka memperkuat pelayanan primer di FKTP.

## Pendahuluan

Pelaksanaan JKN di pelayanan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP) memiliki beberapa karakteristik khusus yaitu:

1. Paket manfaat yang dapat diterima adalah paket manfaat yang komprehensif, mencakup penyediaan layanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.
2. Paket layanan kuratif di FKTP terdiri dari setidaknya 144 jenis layanan dan mengikuti panduan yang ditetapkan (PERMENKES no 5 tahun 2014);
3. Pembayaran dilakukan oleh BPJS kepada FKTP melalui proses pembayaran kapitasi dan non kapitasi (PERMENKES no 52 tahun 2016).
4. Penerapan KBKP (kapitasi berbasis komitmen pelayanan) menetapkan besaran kapitasi tergantung pada capaian indikator tertentu. Indikator yang dimaksud mencerminkan kinerja FKTP dalam menjalankan fungsi penting sebagai gatekeeper dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia, serta fungsi preventif-promotif (Peraturan Bersama no 2 tahun 2017).
5. Penggunaan dana kapitasi di FKTP pemerintah diatur dalam PERMENKES no 21/2016 yaitu minimal 60% dibagi kepada tenaga kesehatan dalam bentuk jasa pelayanan, dan 40% dialokasikan untuk mendukung biaya operasional penyediaan layanan. Penggunaan dana kapitasi di FKTP swasta diserahkan sepenuhnya kepada swasta.

Untuk memahami efektifitas pembayaran kapitasi pelayanan primer dilakukan penelitian implementasi kebijakan di lima Kabupaten Kota, yaitu Kabupaten Tapanuli Selatan, Kabupaten Jember, Kabupaten Jayawijaya, Kota Jakarta Timur dan Kota Jayapura. Penelitian terdiri dari 2 Putaran.

### Putaran 1: (2016)

Penelitian ini menunjukkan hasil:

1. Penerimaan dari kapitasi belum mampu memberikan daya ungkit terhadap kinerja FKTP sebagai gatekeeper sistem pelayanan kesehatan. Hal ini terlihat dari dampak yang masih variatif terhadap penurunan rujukan non spesialis, peningkatan angka kontak mau pun peningkatan kegiatan promotif preventif.
2. Jasa pelayanan yang dialokasikan dari kapitasi belum memotivasi individu tenaga kesehatan untuk meningkatkan kinerja karena sistem pembagian jasa pelayanan tersebut belum mempertimbangkan kinerja yang dihasilkan oleh masing-masing individu.

Hasil Penelitian Putaran 1 menunjukkan bahwa sistem pembayaran berbasis kinerja yang diberlakukan di tingkat fasilitas belum dikaitkan dengan kinerja tingkat individu. Oleh karena itu, sangat penting mengidentifikasi insentif apa yang memotivasi kinerja individu di FKTP sehingga secara bersama - sama menghasilkan FKTP yang lebih baik.

### Putaran 2:

Penelitian berlangsung pada bulan Juli - November 2017, dengan metode campuran antara pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif sekunder, wawancara terhadap 70 responden di 32 FKTP (termasuk klinik swasta), 5 RS, 5 Dinas Kesehatan, 5 BKD, serta 23 diskusi kelompok kecil terarah dengan total peserta 173 orang.

### Hasil penelitian putaran 2

#### Besaran Pendapatan Tenaga Kesehatan di FKTP: Seberapa besar dari BPJS?

Dana kapitasi dari BPJS hanya salahsatu dari berbagai sumber pendapatan untuk dokter dan tenaga kesehatan pemerintah. Proporsi dana kapitasi bervariasi bagi para tenaga kesehatan Puskesmas. Untuk dokter, misalnya, kapitasi dari 1 tempat praktik berkontribusi antara 11 sampai dengan 65% pendapatan dokter. Variasi disebabkan oleh beberapa hal, misalnya: besaran kapitasi yang diterima oleh FKTP (yang ditentukan oleh ketersediaan di FKTP itu sendiri, jumlah peserta, capaian KBK), serta jumlah tenaga kesehatan yang ada di FKTP. Variasi ini terlihat di Tabel 1.

Tabel 1 Pendapatan Dokter Puskesmas (\*)

SUMBER PENDAPATAN	JAYAPURA	JAYAWIJAYA	TAPANULI SELATAN	JAKARTA TIMUR	JEMBER	JAYAPURA
GAJI	3.300.000 (29%)	4.248.750 (22%)	3.800.000 (38%)	4.359.333 (20%)	3.095.313 (22%)	3.398.857 (48%)
TUNJANGAN DAERAH	250.000 (2%)	5.500.000 (29%)	1.637.500 (16%)	17.050.000 (78%)	108.863 (1%)	392.857 (6%)
KAPITASI	7.500.000 (67%)	5.300.000 (28%)	1.111.254 (11%)	0	4.392.156 (32%)	2.872.202 (40%)
NON KAPITASI	0	0	0	0	125.000 (1%)	0
PENDAPATAN LAINNYA (BOK, UANG LEMBUR, DSB)	0	0	0	0	0	0
PRAKTEK SWASTA	250.000 (2%)	3.750.000 (19%)	3.500.000 (35%)	333.333 (2%)	5.762.500 (42%)	0
USAHA LAINNYA (NON KESEHATAN)	0	0	0	0	400.000 (3%)	428.571 (6%)
<b>JUMLAH</b>	<b>11.100.000 (100%)</b>	<b>18.798.750 (100%)</b>	<b>10.048.754 (100%)</b>	<b>21.742.666 (100%)</b>	<b>13.883.831 (100%)</b>	<b>7.092.488 (100%)</b>
MINIMUM	9.500.000	10.100.000	7.075.000	12.000.000	6.000.000	5.193.000
MAKSIMUM	13.200.000	25.799.000	13.022.508	28.278.800	23.700.000	9.398.000

(\*) Angka yang dilaporkan oleh sample

Tabel 2 Rerata pendapatan dokter di FKTP swasta (\*)

	Gaji	Tunjangan daerah	Kapitasi	Non-Kapitasi	Total Pendapatan	Pendapatan dari Tempat Praktek lain	Usaha Lain (Non Kesehatan)	Total
5 Kab/Kota	2.833.333	-	4.366.667	83.333	7.283.333	1.666.667	3.333.333	12.283.333
Jakarta Timur	4.000.000	-	6.550.000	125.000	10.670.000	0	0	10.675.000

(\*) Angka yang dilaporkan oleh sample

Tabel 2 menunjukkan pendapatan dari kapitasi di FKTP swasta ternyata memiliki kontribusi yang cukup besar terhadap total pendapatan dokter. Kapitasi di FKTP swasta memiliki potensi menjadi insentif untuk pemberian pelayanan yang baik kepada masyarakat, sehingga menarik lebih banyak peserta non PBI JKN untuk mendaftar di FKTPnya. Di samping kapitasi dan gaji pemerintah ada berbagai sumber pendapatan untuk tenaga kesehatan, yaitu:

#### **Pendapatan non kapitasi**

Selain dari kapitasi, tenaga kesehatan dapat pula menerima pendapatan dari pembagian jasa hasil klaim pelayanan yang dibayar oleh non kapitasi. Besarnya tergantung pada seberapa banyak tindakan yang bisa diklaim dilakukan, dan bagaimana jasa dari klaim non kapitasi dibagikan. Di Jember, misalnya, terdapat peraturan daerah yang menetapkan bahwa 40% klaim kapitasi dibagikan sebagai jasa pelayanan. Dari 40% ini, sebagian diberikan untuk Kepala Puskesmas dan dokter, sementara sebagian lagi dibagikan untuk tim yang terlibat dalam pelayanan yang diklaim.

#### **Pendapatan dari pemerintah daerah**

Tunjangan yang diberikan pemerintah daerah besarnya ditentukan oleh kemampuan daerah. Rerata proporsi tunjangan daerah terhadap total pendapatan tenaga di Puskesmas per bulan bervariasi antara 2% di Jember sampai 83% di Jakarta Timur. Di masing-masing kabupaten pun terjadi terdapat gap antar tenaga kesehatan, misalnya di Jakarta Timur jumlah tunjangan daerah untuk dokter umum yaitu Rp 23.300.000 dibandingkan dengan tenaga administrasi (KTU) sebesar Rp 6.500.000.

#### **Pendapatan dari praktek swasta**

Ada 3 sumber:

- Praktek swasta dari pasien yang membayar langsung.
- Dari praktek kontrak ganda dengan BPJS. Sebagai contoh, di Jember, BPJS Kesehatan membeli pelayanan kesehatan dari dokter yang sama melalui kerjasama dengan Puskesmas dan FKTP swasta.
- Pendapatan dari asuransi lain.

#### **Pendapatan dari penghasilan lain-lain**

Sebagian tenaga kesehatan mendapat pendapatan dari sumber dana lain-lain yang dapat berasal dari non-kesehatan. Misalnya, tenaga kesehatan yang memiliki usaha sampingan, bisnis keluarga, dan lain-lain.

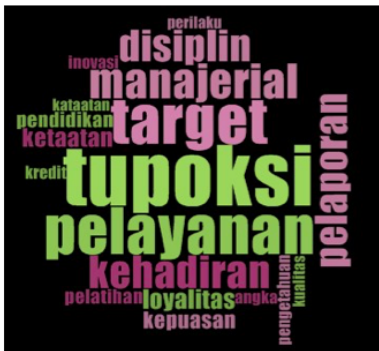
Dari sini, terlihat bahwa peran peraturan pemerintah Pusat dan pemerintah daerah sangat besar dalam menentukan pendapatan tenaga kesehatan, sementara peran peraturan BPJS sangat minimal.

## Bagaimana keterkaitan antara sistem insentif untuk tenaga kesehatan yang saat ini berlaku dengan sistem penilaian kinerja?

Terdapat pula variasi dari apa yang disebut sebagai 'sistem insentif' dan sistem penilaian kinerja. Di sektor swasta, 'sistem insentif' sangat ditentukan oleh kebijakan manajemen, sehingga sangat bervariasi. Sementara sistem penilaian kinerjanya sangat tergantung pada penilaian oleh pimpinan FKTP swasta. Sementara di sektor pemerintah:

- Kota Jakarta Timur, Kota Jayapura dan Kabupaten Jayawijaya memberikan tambahan penghasilan bagi seluruh petugasnya yang bersumber dari APBD dan dinilai berdasarkan kehadiran dan performa kerja. Namun pada pelaksanaannya, di Kota Jayapura penilaian akhir hanya berdasarkan kehadiran, bahkan di Jayawijaya pemberian tunjangan berdasarkan kehadiran ini diputihkan karena belum tersedianya sarana untuk pemantauan absensi.
- Di Jakarta Timur, penilaian kinerja sudah dirancang sedemikian rupa sehingga dapat memperhitungkan kegiatan yang dilaksanakan misalnya: kunjungan ke masyarakat, rapat koordinasi, dan tindakan medis. Namun demikian, bobot tertinggi masih pada aspek kehadiran.
- Seperti yang diilustrasikan pada gambar 1 di sisi kiri, petugas menyatakan bahwa indikator kinerja individu adalah pelaksanaan tupoksi, pemberian pelayanan dan pencapaian target. Sedangkan indikator yang umumnya diperhitungkan dalam pemberian tunjangan adalah kehadiran, pendidikan dan kegiatan yang dilakukan (misalnya: uang transportasi petugas ke lapangan). Dengan demikian terlihat perbedaan yang mencolok antara apa yang dinilai dengan apa yang seharusnya dihargai di dalam 'sistem insentif'. Terlihat bahwa yang dihargai adalah "proses", padahal di dalam pelayanan kesehatan ada kebutuhan mendesak untuk mendorong kinerja ke arah mutu/kualitas. Penilaian kinerja di FKTP pemerintah dilakukan oleh Kepala Puskesmas dan Kepala TU. Perbedaan pendapatan yang diterima yang lebih ditentukan oleh faktor-faktor non kinerja menimbulkan rasa ketidakadilan dan kecemburuan di antara tenaga kesehatan.

Apa indikator kinerja individu menurut responden?



Apa indikator kinerja individu yang diberi insentif?



Gambar 1. Apakah sistem pembayaran saat ini sudah tepat dalam memberikan insentif petugas untuk berkinerja baik?

Menurut responden, indikator yang diterapkan seharusnya mempertimbangkan bagaimana capaian petugas Puskesmas: "Kan sudah ada bobot dari sana, ada bobotnya, masa kerja berapa tahun, kemudian sarjana, pendidikan, masa kerja, jabatan, absensi. Justru capaian kita yang tidak dinilai. Capaian kan harusnya target kan gitu ya. Jadi bobot itu itu tadi, terus dibikin poin-poin, ada poinnya." – Kepala Puskesmas.

Berdasarkan hasil diskusi dan wawancara, teridentifikasi beberapa masukan terkait insentif dan disinsentif yang dirasa pantas, serta indikator kinerja yang sebaiknya dinilai. Masukan-masukan tersebut dirangkum di Tabel 3.

Tabel 3. Rekomendasi responden mengenai indikator kinerja, insentif dan disinsentif

Indikator	Insentif	Disinsentif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cakupan Wilayah Pelayanan</li> <li>• Frekuensi kegiatan promosi kesehatan</li> <li>• Rasio penggunaan media promosi</li> <li>• Peningkatan Kerjasama lintas sektor</li> <li>• Peningkatan cakupan layanan preventif sesuai</li> <li>• Presentasi SPM</li> <li>• Risiko kerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remunerasi yang dianggap adil</li> <li>• Penambahan uang jasa pelayanan</li> <li>• Peningkatan kapasitas (internal dan eksternal)</li> <li>• Pelatihan - workshop</li> <li>• Benchmark</li> <li>• Sarana dan prasarana</li> <li>• Beasiswa sekolah lanjut</li> <li>• Wisata religi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teguran/SP</li> <li>• Penundaan kenaikan pangkat</li> <li>• Penurunan pangkat</li> <li>• Mutasi</li> <li>• Skorsing</li> <li>• Pencabutan SIK</li> <li>• Non Job</li> <li>• Pemotongan/</li> <li>• Pencabutan tunjangan</li> <li>• Pemecatan</li> </ul>

## Kesimpulan

1. 'Sistem insentif' dan tunjangan untuk tenaga kesehatan ditentukan oleh variabel-variabel yang tidak berhubungan langsung dengan kinerja individu. Variabel yang menjadi penentu adalah faktor-faktor seperti persentase kehadiran, pendidikan, lama bekerja, jabatan, dan tanggung jawab program. Terjadi kecemburuan dan rasa ketidakadilan internal di antara petugas kesehatan.
2. Belum adanya sistem disinsentif (kecuali di Jakarta Timur) terhadap kinerja tenaga kesehatan yang kurang baik dan capaian target yang tidak terpenuhi.
3. Di FKTP publik, terdapat perbedaan cukup besar antara cara penghitungan tunjangan di Puskesmas non PPK BLUD (Tapanuli Selatan, Jember, Jayapura dan Jayawijaya) dengan Puskesmas PPK BLUD (Jakarta Timur). Namun, perbedaan ini kemungkinan lebih disebabkan karena DKI Jakarta memiliki sistem Tunjangan Kinerja Daerah yang sangat berbeda dengan kabupaten kota lain, bukan karena inisiatif Puskesmas sendiri sebagai PPK BLUD.
4. Sistem insentif individu dan penilaian kinerja individu di sektor swasta sangat ditentukan oleh kebijakan manajemen/yayasan.

## Implikasi

1. Kinerja FKTP ditentukan oleh berbagai hal termasuk kemampuan tenaga kesehatan, ketersediaan peralatan pendukung, pembiayaannya, dan termasuk faktor insentif. Apabila motivasi tenaga kesehatan tidak didukung oleh sistem insentif yang menghargai kinerja individu, maupun sistem disinsentif yang memadai, dikawatirkan akan terjadi **penurunan mutu** pelayanan kesehatan primer.
2. Pengabaian kesejahteraan tenaga kesehatan atau kelalaian untuk tidak mengatasi rasa **kecemburuan dan ketidakadilan internal** akan menurunkan motivasi kerja, kinerja individu, dan pada akhirnya kinerja fasilitas kesehatan.
3. Sistem insentif yang kurang mengantisipasi perbedaan kemampuan daerah dapat **mempertajam kesenjangan** ketersediaan tenaga kesehatan antara daerah dengan kemampuan fiskal yang tinggi dengan daerah dengan kemampuan fiskal rendah.

## Rekomendasi

1. BPJS perlu untuk mengetahui besaran Rp yang diterima tenaga kesehatan dari pembayaran kapitasi dan non-kapitasi ke lembaga pelayanan primer. Dengan mengetahui besaran Rp tersebut BPJS diharapkan dapat mempengaruhi mekanisme pembayaran kepada tenaga kesehatan sehingga dana kapitasi dan non-kapitasi yang dibayarkan ke FKTP dapat berdampak pada kinerja perorangan dan mutu layanan yang dibeli BPJS.
2. Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah menyepakati proporsi insentif (di luar gaji pemerintah) untuk tenaga kesehatan berdasarkan jumlah pendapatan yang layak diterima oleh tenaga kesehatan. Proporsi insentif bersumber pada dana kapitasi dan dana Pemerintah Daerah. Pemerintah Pusat dapat membuat kebijakan 'matching grant' untuk mendorong pemerintah daerah merancang tunjangan dan insentif daerah yang menarik. Organisasi profesi dilibatkan dalam diskusi penetapan sistem remunerasi untuk masing-masing profesi.
3. Mengembangkan sistem remunerasi di pelayanan primer yang komprehensif dan inklusif, dengan cara:
  - a) Mengidentifikasi berbagai komponen sumber insentif finansial (tunjangan daerah, kapitasi, DAK non fisik, dan lain-lain)
  - b) Menyepakati variabel tambahan serta besar point dan cara menghitung, membobot, serta melaporkan variabel tambahan tersebut di dalam sistem penghitungan insentif finansial. Variabel tambahan yang dimaksud misalnya beban kerja dan risiko pekerjaan.
  - c) Mengidentifikasi berbagai insentif non finansial dan sumber pendanaannya, serta mekanisme pemberiannya
  - d) Menterjemahkan target-target SPM atau target-target KBK menjadi target-target kinerja individu
  - e) Menyepakati dan menetapkan indikator kinerja individu dan target capaian individu yang diharapkan, dan memastikan bahwa kinerja yang dinilai mencakup kinerja layanan kuratif, rehabilitatif, promotif dan preventif
  - f) Memastikan bahwa sistem remunerasi dirancang untuk memenuhi tujuan-tujuan sektor kesehatan, yaitu perbaikan status kesehatan, mutu pelayanan dan keadilan (*equity*)
4. Pemerintah (Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, DJSN) melakukan penyesuaian pemberian kapitasi dengan adjuster tertentu untuk membantu daerah - daerah yang sulit agar dapat melakukan pelayanan yang lebih baik dan pemerintah perlu turut berperan dalam menentukan bagaimana mereka akan 'membeli' layanan dan kualitas. BPJS perlu pula tanggap untuk menghindari 'double-contract' di pelayanan primer.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance & Governance**  
Expanding Access. Improving Health.

### Informasi lebih lanjut:

Shita Dewi - PKMK FK UGM

Jl. Farmako Sekip Utara, Yogyakarta 55281

Telp. 0274 549425 E-mail: [slistyadewi.chpm@gmail.com](mailto:slistyadewi.chpm@gmail.com)

<http://www.indonesia-implementationresearch-uhc.net>