



PENGUATAN PELAYANAN PRIMER MELALUI SISTEM INSENTIF BERBASIS KINERJA

Laksono Trisnantoro, Shita Dewi, Likke Putri, Silvera Erari, Relmbuss Biljers Fanda, M. Ikhsan Jufri, Christa Dewi, Aulia Novelira, M. Faozi Kurniawan

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. Untuk kuratif setidaknya melayani 144 jenis layanan dan mengikuti panduan yang ditetapkan (PERMENKES no 514 tahun 2015);
2. Pembayaran dilakukan oleh BPJS kepada FKTP melalui proses pembayaran kapitasi dan non kapitasi (PERMENKES no 52 tahun 2016).
3. Penerapan KBKP (kapitasi berbasis komitmen pelayanan) menetapkan besaran kapitasi tergantung pada capaian indikator tertentu (Peraturan Bersama no 2 tahun 2017).
4. 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 berlangsung pada tahun 2016 di 88 faskes dengan 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 spesialistik, 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.

Putaran 2 berlangsung pada bulan Juli - November 2017, dengan 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. Berikut ini adalah beberapa hasil di antaranya.

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

Dana kapitasi dari BPJS hanya salahsatu dari berbagai sumber pendapatan untuk tenaga kesehatan. Proporsi penerimaan dari kapitasi bervariasi bagi para tenaga kesehatan. 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. Rerata Pendapatan Dokter Puskesmas (*)

SUMBER PENDAPATAN	JAYAPURA	JAYAWIJAYA	TAPANULI SELATAN	JAKARTA TIMUR	JEMBER
GAJI	3.300.000 (29%)	4.248.750 (22%)	3.800.000 (38%)	4.359.333 (20%)	3.095.313 (22%)
TUNJANGAN DAERAH	250.000 (2%)	5.500.000 (29%)	1.637.500 (16%)	17.050.000 (78%)	108.863 (1%)
KAPITASI	7.500.000 (67%)	5.300.000 (28%)	1.111.254 (11%)	0	4.392.156 (32%)
NON KAPITASI	0	0	0	0	125.000 (1%)
PENDAPATAN LAINNYA (BOK, UANG LEMBUR, DSB)	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%)
USAHA LAINNYA (NON KESEHATAN)	0	0	0	0	400.000 (3%)
JUMLAH	11.100.000 (100%)	18.798.750 (100%)	10.048.754 (100%)	21.742.666 (100%)	13.883.831 (100%)
MINIMUM	9.500.000	10.100.000	7.075.000	12.000.000	6.000.000
MAKSIMUM	13.200.000	25.799.000	13.022.508	28.278.800	23.700.000

(*) 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.

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 1 menunjukkan berbagai sumber pendapatan untuk tenaga kesehatan selain kapitasi dan gaji, yaitu:

Pendapatan non kapitasi

Tenaga kesehatan dapat menerima pendapatan dari pembagian jasa hasil klaim 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. 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

- 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. 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). Artinya, apa yang dihargai dalam 'sistem insentif' justru bukan indikator kinerja. 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?



Menurut responden, indikator seharusnya menilai 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.

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

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

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

Kesimpulan

1. 'Sistem insentif' dan tunjangan untuk tenaga kesehatan ditentukan oleh variabel-variabel yang tidak berhubungan langsung dengan kinerja individu, sehingga 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, artinya sistem insentif belum diarahkan untuk mendorong mutu/kualitas.
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.

Rekomendasi

1. 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 perlu menyepakati proporsi insentif (di luar gaji pemerintah) untuk tenaga kesehatan berdasarkan jumlah pendapatan yang layak diterima oleh tenaga kesehatan. Pemerintah Pusat dapat membuat kebijakan 'matching grant' untuk mendorong pemerintah daerah merancang tunjangan dan insentif daerah yang menarik. Organisasi profesi dilibatkan dalam diskusi penetapan pendapatan yang layak untuk masing-masing profesi.
3. Mengembangkan sistem remunerasi di FKTP 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.

Informasi lebih lanjut:

Shita Dewi - PKMK FK UGM
Jl. Farmako Sekip Utara,
Yogyakarta 55281
Telp. 0274 549425
E-mail: slistyadewi.chpm@gmail.com
<http://www.indonesia-implementationresearch-uhc.net>



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



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

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) merupakan sebuah lembaga penelitian dan konsultasi di bawah struktur Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK) Universitas Gadjah Mada yang berfokus pada empat pilar utama yaitu penyediaan layanan, mutu dan regulasi, pembiayaan kesehatan dan pengembangan sumber daya manusia.

Temuan dan pandangan dalam ringkasan kebijakan ini merupakan hasil interpretasi dan tanggung jawab tim penulis, serta tidak mewakili lembaga yang mendanai penelitian ini