



# **EVALUASI SISTEM PEMBAYARAN FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: Biaya Riil Layanan di Rawat Jalan Tingkat Pertama Sebagai Dasar Perhitungan Besaran Kapitasi Program JKN**

**Budi Hidayat<sup>1</sup>, Eka Pujiyanti<sup>1</sup>, Aldi Andalan<sup>1</sup>, Zahrina<sup>1</sup>, Khairun Nisa'ul Hulwah<sup>1</sup>,  
Dwi Martiningsih<sup>2</sup>, Andi Afdal<sup>2</sup>, Citra Jaya<sup>2</sup>, Wan Aisyah<sup>2</sup>, Erzan Dhanalvin<sup>2</sup>, Welly Gadistina<sup>2</sup>, Tria Sofa<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>2</sup>Kedeputan Bidang Risbang, BPJS Kesehatan

## **PENDAHULUAN**

Pemilihan metode pembayaran Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan salah satu aspek penting dalam sistem pembiayaan kesehatan. Pembayaran kepada *provider* dapat dilakukan secara prospektif dan retrospektif. Dari perspektif kontrol biaya, pembayaran prospektif seperti kapitasi untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) relatif menguntungkan dibandingkan retrospektif. Nilai biaya pada skema bayar prospektif tidak dipengaruhi oleh volume pelayanan, namun oleh kesepakatan awal. Kondisi tersebut mendorong *provider* memberikan pelayanan yang efisien. Atas dasar inilah reformasi pembayaran *provider* dilakukan dengan tujuan mengubah pola praktek *provider* agar memperhatikan biaya yang dikeluarkan ketika memberikan pelayanan kepada pasien.

Nilai standar tarif yang rasional dan cara pembayaran yang baik dan tertib serta nilai standar tarif yang rasional merupakan salah satu faktor yang menentukan keberlangsungan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kebijakan tarif pelayanan dan cara pembayaran juga diharapkan akan berdampak pada mutu pelayanan, kepuasan peserta dan stabilitas keuangan JKN pada masa mendatang. Idealnya dalam penetapan besaran kapitasi harus ada kesepakatan dan kesamaan persepsi di antara para pelaku JKN dalam penghitungan biaya kapitasi.

Peserta program JKN yang kini melebihi angka 172.6 juta juga memberikan potensi pasar signifikan. Kondisi ini akan berimplikasi terhadap pendapatan fasilitas kesehatan yang kini didominasi dari pasien JKN. Posisi tawar BPJS Kesehatan dengan *provider* perlu dioptimalkan. Jika semua penduduk Indonesia dijamin dalam program JKN-SJSN maka tidak mustahil lebih dari 90 persen *share* pendapatan faskes akan dapat diperoleh dari pasien JKN. Ini merupakan peluang yang luar biasa bagi BPJS Kesehatan untuk bisa mengontrol kemungkinan perilaku *moral hazard* dari sisi *provider*. Selain itu juga akan meningkatkan posisi tawar BPJS Kesehatan terhadap *provider*. Untuk merespon sejumlah isu sebagaimana penjelasan di atas, diperlukan studi untuk memperoleh model pembayaran *provider* yang efektif dan efisien bagi FKTP. **BPJS Kesehatan perlu mengetahui dan memahami tentang biaya riil layanan di RJTP sebagai dasar untuk melakukan evaluasi dan penghitungan besaran biaya kapitasi di FKTP.**

## **TUJUAN**

Tujuan umum kajian ini untuk melakukan **penghitungan biaya riil layanan di RJTP dan besaran kapitasi ideal dan rasional** sesuai kemampuan keuangan BPJS Kesehatan dan kualitas layanan **dalam upaya pengendalian biaya di FKTP**. Nilai kapitasi ideal ditentukan dari angka utilisasi dan tarif.

Tujuan khusus kajian ini yaitu:



Mengetahui besaran biaya pelayanan kesehatan RJTP berdasarkan tarif umum.



Mengetahui indikator referensi atau rumusan penghitungan nilai kapitasi yang digunakan dalam Program JKN-KIS.



Mengetahui tarif rasional kapitasi Program JKN-KIS jika mengacu pada tarif umum serta memperhatikan kualitas layanan.

## METODE

Metode yang digunakan adalah *cross sectional* (pendekatan kuantitatif) dengan unit analisis FKTP. Metode kuantitatif yaitu dengan cara survei di 13 divisi regional dengan sampel sejumlah 370 Puskesmas (BLUD dan Non BLUD), 358 klinik, 354 Dokter Praktik Perorangan (DPP), dan 288 dokter gigi. Khusus untuk bagian tarif riil ini sampel yang digunakan sejumlah 125 Puskesmas, 175 DPP, 176 klinik dan 85 dokter gigi. Analisis dari bagian ini merupakan analisis deskriptif. Selain data primer dengan survei ke FKTP, kajian ini juga mengoptimalkan penggunaan data sekunder yang tersedia di Indonesia pada tingkat nasional (Data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2015 dan Data Indonesia *Family Life Survey* (IFLS) gelombang ke 5 tahun 2014) juga data yang bersumber dari aplikasi *PCare* BPJS Kesehatan.

### Pendekatan Studi

Studi ini dilakukan dengan pendekatan campuran (*mixed methods*), yakni kombinasi antara studi kuantitatif dan studi literatur.

- Studi kuantitatif** berupa analisis data sekunder yaitu data SUSENAS 2015 dan IFLS 2014 serta data primer dari survei studi JKN (sistem pembayaran FKTP) 2017. Kegiatan studi kuantitatif adalah: (i) pembentukan sejumlah indikator dari data SUSENAS 2015, serta data utilisasi dan tarif hasil survei FKTP berdasarkan tarif per jenis tindakan yang berlaku untuk pasien umum, (ii) pemodelan ekonometrik dalam menentukan estimator angka utilisasi paling sesuai serta dampak program intervensi, (iii) simulasi model.
- Studi literatur tentang sistem pembayaran *provider***. Fokus studi literatur diarahkan pada penerapan empiris sistem pembayaran *provider* bagi FKTP, serta dampak sistem pembayaran terhadap perilaku *provider* dan *overall* sistem kesehatan.

## HASIL KAJIAN

### 1. Besaran Tarif Pelayanan Kesehatan RJTP Berdasarkan Tarif Umum

**Tarif pelayanan kesehatan RJTP digunakan untuk menggali harga yang dijual oleh faskes.** Pada bagian ini, yang dilakukan hanya menemukan angka utilisasi dan tarif untuk mendapatkan besaran kapitasi.

Pada Tabel 1 ditampilkan nilai rerata tarif, median tarif, tarif minimum dan maksimum yang berlaku umum di setiap FKTP yaitu Puskesmas, DPP dan klinik. Data ini kemudian menjadi pertimbangan dalam menghitung nilai kapitasi masing-masing FKTP.

**Tabel 1 Biaya Pelayanan Kesehatan di RJTP Berdasarkan Tarif Layanan yang Berlaku Umum**

| Jenis pelayanan                               | PKM (n = 125) |        |       |         |                 | DPP (n = 175) |        |        |         |                 | Klinik (n = 176) |        |        |         |                 |
|-----------------------------------------------|---------------|--------|-------|---------|-----------------|---------------|--------|--------|---------|-----------------|------------------|--------|--------|---------|-----------------|
|                                               | Mean          | Median | Min   | Max     | Standar Deviasi | Mean          | Median | Min    | Max     | Standar Deviasi | Mean             | Median | Min    | Max     | Standar Deviasi |
| Administrasi Pelayanan                        | 3,976         | 4,071  | 2,003 | 5,934   | 1,104           | 10.084        | 10.268 | 5.013  | 9.992   | 1.506           | 10.034           | 10.280 | 5.020  | 14.915  | 2.846           |
| Pemeriksaan, pengobatan & konsul medis        | 6.608         | 5.000  | 2.000 | 88.000  | 3.508           | 49.777        | 50.000 | 5.000  | 200.000 | 16.665          | 51.900           | 50.000 | 2.000  | 250.001 | 19.409          |
| Tindakan medis non spesialisistik             | 13.185        | 10.000 | 1.000 | 100.000 | 7.737           | 35.779        | 30.000 | 1.000  | 200.000 | 16.997          | 41.349           | 30.000 | 2.000  | 300.000 | 24.249          |
| Pelayanan obat & bahan habis pakai            | 4.400         | 4.000  | 2.000 | 8.000   | 1.729           | 21.883        | 17.500 | 2.500  | 125.000 | 15.343          | 14.361           | 10.000 | 500    | 85.000  | 8.155           |
| Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium | 20.439        | 20.000 | 2.000 | 60.000  | 5.602           | 24.064        | 25.000 | 10.000 | 75.000  | 6.802           | 27.118           | 25.000 | 5.000  | 95.000  | 7.325           |
| Pemeriksaan, pengobatan & tindakan gigi       | 6.129         | 5.000  | 2.000 | 15.000  | 2.972           | 52.280        | 40.000 | 7.000  | 200.000 | 38.981          | 50.590           | 50.000 | 13.000 | 100.000 | 21.167          |

Sumber: Data Primer Studi JKN 2017 diolah

Hasil keseluruhan tarif yang berlaku umum di FKTP menunjukkan tarif paling rendah terdapat di Puskesmas dengan nilai minimum Rp1.000,00 dan nilai maksimum Rp100.000,00. Kedua nilai tarif tersebut ada di jenis pelayanan tindakan medis non spesialisistik. Begitu juga dengan DPP yang memiliki nilai tarif minimum dan maksimum di jenis pelayanan yang sama dengan Puskesmas. Sedangkan nilai tarif minimum pada klinik terdapat pada pelayanan obat dan bahan habis pakai serta nilai tarif maksimum terdapat pada tindakan medis non spesialisistik.

**Tabel 2 Rincian Tarif Per Pelayanan Gigi yang Berlaku Umum**

| Jenis Pelayanan Gigi                    | FKTP Gigi (n=85) |         |        |         |                 |
|-----------------------------------------|------------------|---------|--------|---------|-----------------|
|                                         | Mean             | Median  | Min    | Max     | Standar Deviasi |
| Tarif Administrasi Pelayanan Gigi       | 10.333           | 6.000   | 5.000  | 25.000  | 8.140           |
| Tarif Periksa, Konsul & Pengobatan Gigi | 46.917           | 50.000  | 3.000  | 100.000 | 26.623          |
| Tarif Premedikasi                       | 57.646           | 50.000  | 3.000  | 115.000 | 29.017          |
| Tarif Kegawatdaruratan Ortodontal       | 144.563          | 100.000 | 50.000 | 400.000 | 91.546          |
| Tarif Cabut Gigi Sulung                 | 70.781           | 65.000  | 3.500  | 150.000 | 38.002          |
| Tarif Cabut Gigi Permanen               | 149.404          | 150.000 | 4.500  | 350.000 | 75.010          |
| Tarif Obat Pasca Ekstraksi              | 76.053           | 57.500  | 5.000  | 200.000 | 51.149          |
| Tarif Tumpatan                          | 139.229          | 150.000 | 3.000  | 300.000 | 66.572          |
| Tarif <i>Scaling</i> Gigi               | 227.721          | 225.000 | 30.001 | 425.000 | 85.886          |

Sumber: Data Primer Studi JKN 2017 diolah

Pada Tabel 2 ditampilkan nilai tarif minimum dan maksimum yang berlaku umum di dokter gigi. Nilai tarif minimum di dokter gigi Rp3.000,00 untuk jenis pelayanan periksa gigi, premedikasi dan tumpatan, sedangkan nilai tarif maksimum Rp425.000,00 untuk jenis pelayanan *scaling* gigi. Analisis data IFLS 2014 dilakukan untuk triangulasi dan perbandingan dengan data primer Studi JKN 2017. Pada Tabel 3 ditampilkan perbandingan nilai rerata tarif pelayanan yang berlaku umum di FKTP (Puskesmas dan swasta (klinik)) secara rerata kedua survei tersebut.

**Tabel 3 Perbandingan Rerata Tarif Layanan Data Primer dan Data IFLS**

| Jenis Pelayanan                                               | Tarif Riil Data IFLS 2014 |        | Tarif Riil Data Primer Studi JKN 2017 |        | Selisih Tarif Riil Data Primer 2017 - Tarif IFLS 2014 |        |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|--------|---------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------|--------|
|                                                               | PKM                       | Klinik | PKM                                   | Klinik | PKM                                                   | Klinik |
|                                                               | Mean                      | Mean   | Mean                                  | Mean   | Mean                                                  | Mean   |
| Pemeriksaan, pengobatan & konsul medis                        | 6.589                     | 30.382 | 5.585                                 | 43.863 | 1.004                                                 | 13.481 |
| Tindakan medis non spesialis                                  | 17.003                    | 27.870 | 11.143                                | 34.946 | 5.860                                                 | 7.076  |
| Pelayanan obat & bahan medis pakai                            | 5.045                     | 0      | 3.719                                 | 12.138 | 1.327                                                 | 12.138 |
| Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium                 | 17.773                    | 20.439 | 17.274                                | 22.919 | 499                                                   | 2.480  |
| Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi | 10.756                    | 31.336 | 5.180                                 | 42.757 | 5.576                                                 | 11.421 |
| n total per FKTP                                              | 179                       | 1.262  | 125                                   | 176    |                                                       |        |

Bila dibandingkan, rerata tarif umum Puskesmas lebih rendah daripada klinik dengan selisih besaran rerata tarif terendah Puskesmas di tahun 2017 dengan tahun 2014 hanya sekitar Rp499,00. Dengan demikian bila dibandingkan tarif survei lain, nilai rerata tarif tersebut masih wajar. Akan tetapi, selisih rerata tarif tertinggi di klinik berbeda cukup jauh yaitu sekitar Rp13.481,00 dengan rerata tarif klinik tahun 2017 lebih tinggi dibandingkan dengan rerata tarif klinik di tahun 2014.

## 2. Indikator Referensi Perhitungan Nilai Kapitasi

Dengan merujuk pada kebutuhan data dalam penghitungan besaran nilai pembayaran FKTP (kapitasi), studi ini membutuhkan indikator referensi yaitu angka utilisasi per jenis layanan kesehatan yang dihitung dari model ekonometrika dari dataset SUSENAS 2015 juga angka kontak atau angka utilisasi dari aplikasi *Pcare* BPJS Kesehatan. Utilisasi FKTP menggunakan analisis permodelan ekonometrika berupa regresi logistik antara akses layanan rawat jalan FKTP dan faktor-faktor risiko yang menjadi variabel independen. Variabel-variabel tersebut penting untuk dapat dipertimbangkan menjadi indikator referensi dalam perhitungan nilai kapitasi. Sejumlah variabel yang secara umum akan dibentuk dalam pemodelan ekonometrika terdiri atas tiga kelompok yaitu:

- Variabel dependen (*outcome*), yaitu variabel yang menunjukkan ukuran akses layanan kesehatan, khususnya untuk layanan rawat jalan tingkat pertama;
- Variabel independen utama, yaitu variabel yang menunjukkan kepemilikan penduduk dalam program jaminan kesehatan, termasuk JKN; dan
- Variabel independen (*confounding*). Termasuk variabel *confounding* adalah variabel yang mewakili tiga kelompok determinan *demand* menurut Anderson; yaitu: (a) faktor predisposisi (karakteristik demografi individu dan rumah tangga); (b) faktor *enabling* (berbagai jenis kepemilikan jaminan kesehatan selain JKN yang dimiliki oleh individu, kondisi tempat tinggal, status kesejahteraan rumah tangga, dan sejumlah variabel terkait lingkungan atau wilayah), serta (c) faktor *needs* (kondisi status kesehatan individu).

Angka utilisasi ini didapatkan dari hasil regresi logistik antara variabel dependen akses rawat jalan dengan faktor predisposisi (sosial demografi individu dan rumah tangga), faktor *needs* (kondisi status kesehatan individu), dan faktor *enabling* (jenis kepemilikan jaminan kesehatan, kondisi tempat tinggal, status kesejahteraan, lingkungan dan wilayah). Hasil regresi logistik ini ditunjukkan oleh Tabel 4 berikut.

**Tabel 4 Hasil Regresi Logistik Variabel *Outcome* Utilisasi Kunjungan FKTP dan Variabel Independen Intervensi, Kondisi Kesehatan, Karakteristik Sosial Demografi serta Wilayah.**

Number of obs = 15784 Prob > chi2 = 0.0000

| Mengunjungi fktk | Odds Ratio | P> z | [95% Conf. | Interval] |
|------------------|------------|------|------------|-----------|
| 1.jp_jkn         | 1.85       | 0.00 | 1.40       | 2.45      |
| 1.jp_double      | 0.79       | 0.44 | 0.43       | 1.44      |
| 1.jp_noins       | 3.00       | 0.00 | 2.26       | 4.00      |
| 1.Morb_bad       | 1.86       | 0.00 | 1.69       | 2.06      |
| 1.region2        | 1.32       | 0.00 | 1.15       | 1.52      |
| 1.region3        | 1.33       | 0.00 | 1.10       | 1.61      |
| 1.region4        | 1.10       | 0.32 | 0.92       | 1.31      |
| 1.region5        | 1.08       | 0.42 | 0.89       | 1.31      |
| 1.region6        | 0.99       | 0.94 | 0.79       | 1.24      |
| 1.urban          | 0.67       | 0.00 | 0.60       | 0.75      |
| 1.h_female       | 1.07       | 0.16 | 0.97       | 1.19      |
| 1.h_married      | 0.97       | 0.66 | 0.84       | 1.12      |
| 1.balita         | 0.90       | 0.57 | 0.64       | 1.28      |
| 1.anak           | 1.01       | 0.92 | 0.78       | 1.32      |
| n_anak           | 1.13       | 0.00 | 1.05       | 1.20      |
| 1.h_smap         | 0.91       | 0.38 | 0.73       | 1.13      |
| h_educyr         | 1.01       | 0.75 | 0.97       | 1.04      |
| h_educyr2        | 1.00       | 0.04 | 0.99       | 1.00      |

| Mengunjungi fktk | Odds Ratio | P> z | [95% Conf. | Interval] |
|------------------|------------|------|------------|-----------|
| 1.h_srvsec       | 1.02       | 0.85 | 0.85       | 1.22      |
| 1.h_indsec       | 1.16       | 0.24 | 0.91       | 1.48      |
| 1.h_workstat1    | 1.17       | 0.13 | 0.95       | 1.43      |
| 1.h_workstat2    | 1.43       | 0.00 | 1.14       | 1.79      |
| 1.h_workstat4    | 1.29       | 0.02 | 1.04       | 1.61      |
| 1.h_workstat5    | 1.72       | 0.00 | 1.26       | 2.36      |
| 1.h_workstat6    | 1.35       | 0.02 | 1.06       | 1.72      |
| 1.h_house1       | 1.15       | 0.03 | 1.01       | 1.31      |
| 1.h_floor        | 0.83       | 0.00 | 0.75       | 0.93      |
| 1.h_light        | 0.93       | 0.66 | 0.69       | 1.27      |
| 1.h_water        | 0.93       | 0.19 | 0.83       | 1.04      |
| Pce              | 1.00       | 0.00 | 1.00       | 1.00      |
| Povline          | 1.00       | 0.00 | 1.00       | 1.00      |
| Poor             | 1.53       | 0.00 | 1.26       | 1.88      |
| Hhsize           | 0.97       | 0.07 | 0.94       | 1.00      |
| h_age            | 0.99       | 0.32 | 0.97       | 1.01      |
| h_age2           | 1.00       | 0.86 | 1.00       | 1.00      |
| _cons            | 7.48       | 0.00 | 3.79       | 14.73     |

**Tabel 4 merupakan hasil regresi logistik dari utilisasi berupa akses rawat jalan ke FKTP.** Hasil menyajikan uji statistik z untuk masing-masing faktor predisposisi, faktor *enabling* dan faktor *needs* beserta *confidence interval* dan *odd ratio* yang menunjukkan besaran faktor risiko pasien mengakses layanan rawat jalan FKTP. Variabel independen yang signifikan secara statistik (*p-value* <1%, <5%, dan <10%) adalah kepemilikan jaminan kesehatan JKN (*jd\_jkn*) dan tidak memiliki jaminan (*jp\_noins*) dibandingkan terhadap jaminan swasta (*jp\_prv*), penyakit katastropik (*morb\_bad*), wilayah 2 dan 3 (Sumatera Barat sampai Sumatera Selatan dan sekitarnya) dibandingkan wilayah 1 (Sumatera Utara dan sekitarnya) atau *region2*, *region3* dan *region1*, wilayah perkotaan (*urban*), jumlah anak (*n\_anak*), kuadrat lama menempuh pendidikan (*educ\_yr2*), status pekerjaan informal (*h\_workstatus*) dibandingkan dengan pekerjaan formal, status kepemilikan rumah dan jenis lantai, pengeluaran per kapita, garis kemiskinan, status kemiskinan, dan jumlah anggota keluarga.

Pasien JKN memiliki faktor risiko berobat rawat jalan ke FKTP 1.85 kali lebih tinggi dibandingkan pasien dengan jaminan kesehatan swasta sedangkan yang tidak ada jaminan kesehatan memiliki faktor risiko 3 kali lebih tinggi. Pasien dengan penyakit katastropik memiliki faktor risiko 1.86 kali lebih tinggi. Wilayah 2 dan 3 memiliki faktor risiko 1.33 kali lebih tinggi dari wilayah 1. Pasien di wilayah perkotaan hanya memiliki faktor risiko 0.67 kali dari pasien di wilayah pedesaan. Bila jumlah anak bertambah 1 orang maka faktor risiko meningkat 1.13 kali. Pasien dengan status pekerjaan informal (*workstatus* 2, 5, 6) memiliki faktor risiko 1.4 – 1.7 kali lebih tinggi dibandingkan status pekerjaan formal (*workstatus* 3 dan 4). Bila pengeluaran perkapita dan garis kemiskinan naik 1 rupiah maka faktor risiko meningkat 1 kali. Jika pasien merupakan pasien miskin maka faktor risiko 1.53 kali lebih tinggi daripada pasien tidak miskin. Bila pasien memiliki rumah maka faktor risiko 1.15 kali lebih tinggi daripada yang tidak memiliki rumah. Bila anggota rumah tangga bertambah 1 orang maka faktor risiko meningkat 0.97 kali.

Berdasarkan hasil regresi logistik sebelumnya faktor umur belum signifikan secara statistik. Oleh karena itu, berikutnya bisa dilakukan analisis regresi logistik sederhana antara akses kunjungan rawat jalan ke FKTP dan pasien yang tinggal di wilayah atau jenis kelamin hanya untuk sampel kelompok umur tertentu untuk melihat kelompok umur yang paling signifikan dalam mengakses layanan rawat jalan FKTP. Penjelasan terdapat pada Tabel 5 dan 6 serta Grafik 1 dan 2.

**Tabel 5 Hasil Regresi Logistik Variabel *Outcome* Utilisasi Kunjungan FKTP dan Variabel Independen Wilayah Perkotaan pada Sampel Kelompok Umur Tertentu.**

Prob chi2 <1%

| Variabel & Age Group | Sampel  | Odds Ratio | Std. Err. | Variabel & Age Group | Sampel  | Odds Ratio | Std. Err. |
|----------------------|---------|------------|-----------|----------------------|---------|------------|-----------|
| 1.urban0-1           | n= 4060 | 0.52       | 0.06      | 1.urban41-45         | n=12491 | 0.70       | 0.04      |
| 1.urban1-5           | n=24872 | 0.51       | 0.02      | 1.urban46-50         | n=12923 | 0.55       | 0.03      |
| 1.urban6-10          | n=18281 | 0.49       | 0.03      | 1.urban51-55         | n=13091 | 0.49       | 0.02      |
| 1.urban11-15         | n=12289 | 0.59       | 0.03      | 1.urban56-60         | n=11675 | 0.49       | 0.02      |
| 1.urban16-20         | n=7156  | 0.65       | 0.04      | 1.urban61-65         | n= 9547 | 0.47       | 0.02      |
| 1.urban21-25         | n=5868  | 0.58       | 0.04      | 1.urban66-70         | n=6739  | 0.48       | 0.03      |
| 1.urban26-30         | n=7343  | 0.61       | 0.04      | 1.urban71-75         | n=5085  | 0.44       | 0.03      |
| 1.urban31-35         | n=9904  | 0.56       | 0.03      | 1.urban76-80         | n=2947  | 0.48       | 0.04      |
| 1.urban36-40         | n=10893 | 0.64       | 0.03      | 1.urban81-85         | n=1549  | 0.46       | 0.06      |
|                      |         |            |           | 1.urban>=86          | n=874   | 0.63       | 0.11      |

Tabel 5 menjelaskan bahwa variabel pasien seluruh kelompok umur di wilayah perkotaan secara statistik memiliki faktor risiko mengakses layanan rawat jalan FKTP yang signifikan. Secara umum *odd ratio* menunjukkan nilai di bawah 1 artinya jika dibandingkan pasien di pedesaan, faktor risiko pasien di perkotaan untuk mengunjungi FKTP lebih kecil dibandingkan di pedesaan yaitu hanya 0.44 – 0.70 kali terhadap faktor risiko pasien di wilayah pedesaan.

**Tabel 6 Hasil Regresi Logistik Variabel *Outcome* Utilisasi Kunjungan FKTP dan Variabel Independen Wilayah Pedesaan pada Sampel Kelompok Umur Tertentu.**

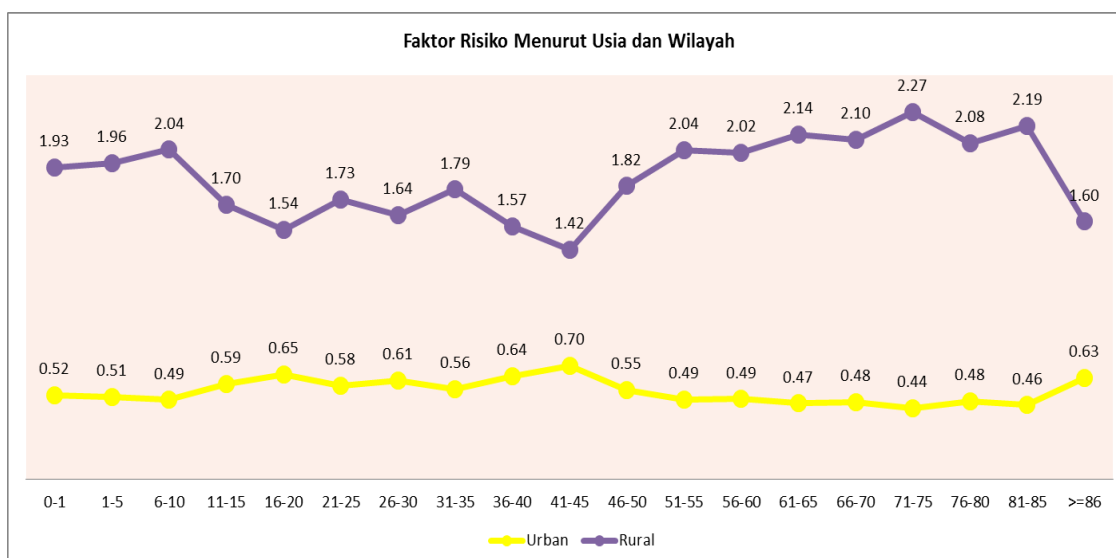
Prob chi2 <1%

| Variabel & Age Group | Sampel  | Odds Ratio | Std. Err. | Variabel & Age Group | Sampel  | Odds Ratio | Std. Err. |
|----------------------|---------|------------|-----------|----------------------|---------|------------|-----------|
| 1.rural0-1           | n=4060  | 1.93       | 0.21      | 1.rural41-45         | n=12491 | 1.42       | 0.07      |
| 1.rural1-5           | n=24872 | 1.96       | 0.09      | 1.rural46-50         | n=12923 | 1.82       | 0.09      |
| 1.rural6-10          | n=18281 | 2.04       | 0.11      | 1.rural51-55         | n=13091 | 2.04       | 0.09      |
| 1.rural11-15         | n=12289 | 1.70       | 0.1       | 1.rural56-60         | n=11675 | 2.02       | 0.09      |
| 1.rural16-20         | n=7156  | 1.54       | 0.1       | 1.rural61-65         | n=9547  | 2.14       | 0.11      |
| 1.rural21-25         | n=5868  | 1.73       | 0.13      | 1.rural66-70         | n=6739  | 2.10       | 0.13      |
| 1.rural26-30         | n=7343  | 1.64       | 0.11      | 1.rural71-75         | n=5085  | 2.27       | 0.16      |
| 1.rural31-35         | n=9904  | 1.79       | 0.1       | 1.rural76-80         | n=2947  | 2.08       | 0.19      |
| 1.rural36-40         | n=10893 | 1.57       | 0.09      | 1.rural81-85         | n=1549  | 2.19       | 0.29      |
|                      |         |            |           | 1.rural>=86          | n=874   | 1.60       | 0.28      |

Tabel 6 menjelaskan bahwa variabel pasien seluruh kelompok umur di wilayah pedesaan secara statistik memiliki faktor risiko mengunjungi rawat jalan FKTP yang signifikan. Secara umum *odd ratio* menunjukkan nilai di atas 1 jika dibandingkan pasien di perkotaan. Faktor risiko pasien di pedesaan untuk mengunjungi FKTP yaitu 1.54 – 2.27 kali lebih besar dibandingkan faktor risiko pasien di wilayah perkotaan.



**Grafik 1 Faktor Risiko Menurut Usia dan Wilayah**



Sumber : Data SUSENAS 2015 diolah

Grafik 1 menunjukkan faktor risiko berkunjung ke FKTP menurut usia dan wilayah perkotaan (*urban*) dan pedesaan (*rural*) dari olahan data SUSENAS tahun 2015. Secara umum faktor risiko berkunjung ke FKTP di wilayah pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di wilayah perkotaan sedangkan menurut kelompok umur, faktor risiko berkunjung ke FKTP pada kelompok lanjut usia 46 – 86 tahun ke atas lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lainnya.

**Tabel 7 Hasil Regresi Logistik Variabel *Outcome* Utilisasi Kunjungan FKTP dan Variabel Independen Jenis Kelamin pada Sampel Kelompok Umur Tertentu.**

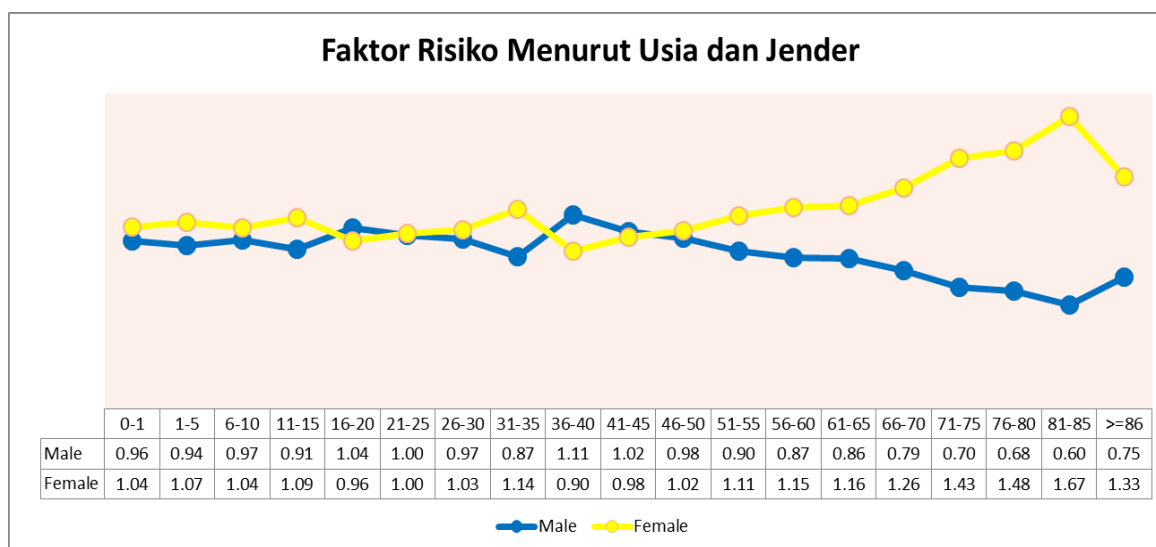
Prob chi2 <10%, Prob chi2 <5% Prob chi2 <1%

| Variabel & Age Group | Sampel     | Odds Ratio | Std. Err. |
|----------------------|------------|------------|-----------|
| 1.h_male 31-35       | n=9904**   | 0.87       | 0.05      |
| 1.h_male 51-55       | n=13091**  | 0.90       | 0.04      |
| 1.h_male 56-60       | n=11675*** | 0.87       | 0.04      |
| 1.h_male 61-65       | n=9547***  | 0.86       | 0.04      |
| 1.h_male 66-70       | n=6739***  | 0.79       | 0.05      |
| 1.h_male 71-75       | n=5085***  | 0.70       | 0.05      |
| 1.h_male 76-80       | n=2947***  | 0.68       | 0.06      |
| 1.h_male 81-85       | n=1549***  | 0.60       | 0.08      |

| Variabel & Age Group | Sampel     | Odds Ratio | Std. Err. |
|----------------------|------------|------------|-----------|
| 1.h_female 31-35     | n=9904**   | 1.14       | 0.06      |
| 1.h_female 36-40     | n=10893*   | 0.90       | 0.05      |
| 1.h_female 51-55     | n=13091**  | 1.11       | 0.05      |
| 1.h_female 56-60     | n=11675*** | 1.15       | 0.05      |
| 1.h_female 61-65     | n=9547***  | 1.16       | 0.06      |
| 1.h_female 66-70     | n=6739***  | 1.26       | 0.08      |
| 1.h_female 71-75     | n=5085***  | 1.43       | 0.10      |
| 1.h_female 76-80     | n=2947***  | 1.48       | 0.14      |
| 1.h_female 81-85     | n=1549***  | 1.67       | 0.22      |

Tabel 7 menjelaskan bahwa variabel pasien seluruh kelompok umur berdasarkan jenis kelamin secara statistik memiliki faktor risiko mengunjungi rawat jalan FKTP yang signifikan hanya di kelompok usia 31 tahun sampai 85 tahun. Secara umum *odd ratio* pasien perempuan menunjukkan nilai di atas 1 artinya jika dibandingkan pasien laki-laki faktor risiko pasien perempuan untuk mengunjungi FKTP yaitu 0.9-1.67 kali lebih besar dibandingkan faktor risiko pasien laki-laki.

**Grafik 2 Faktor Risiko Menurut Usia dan Jender**



Sumber : Data SUSENAS 2015 diolah

Grafik 2 menunjukkan faktor risiko mengunjungi FKTP berdasarkan kelompok usia dan jender dari olahan data SUSENAS tahun 2015. Grafik tersebut menunjukkan faktor risiko mengunjungi FKTP untuk setiap kelompok usia dan jender memiliki perbedaan.

Faktor risiko pada wanita (*female*) berkunjung ke FKTP cenderung meningkat mulai usia mendekati usia lanjut yaitu 51 tahun sampai pada kelompok usia lanjut yaitu 81 tahun. Faktor risiko wanita berkunjung ke FKTP secara umum cenderung lebih tinggi dari pria (*male*). Akan tetapi, faktor risiko pria juga cenderung meningkat ketika mencapai kelompok usia 36-45 tahun.

Dengan adanya kecenderungan tersebut, semestinya perhitungan besaran kapitasi mempertimbangkan dan menyesuaikan pada faktor risiko peserta. Faktor risiko berkunjung ke FKTP peserta kelompok lanjut usia 51-85 tahun jenis kelamin wanita semestinya mendapatkan bobot perhitungan lebih besar untuk nilai kapitasi dikarenakan mereka memiliki risiko lebih besar untuk sakit dan berkunjung ke FKTP. Sama halnya dengan faktor risiko berkunjung ke FKTP peserta kelompok lanjut usia 46-86 tahun ke atas serta peserta yang tinggal di wilayah pedesaan memiliki faktor risiko yang lebih besar.

Kasus lainnya seperti di Amerika Serikat, sistem pembayaran layanan kesehatan mulai beralih dari kapitasi ke arah *Global Budget* sekitar tahun 2009 dimulai dengan 7 FKTP dan tambahan 4 organisasi FKTP di tahun 2010. Mereka memulai dengan bekerja sama pada *Alternative Quality Contract*. *Alternative Quality Contract* ini merupakan gabungan *global budget* dan *pay for performance* yaitu menggabungkan *fixed payment* dan target indikator yang dicapai, akan tetapi ada pencapaian kualitas layanan yang menjadi kesepakatan dalam kontrak dan FKTP mendapatkan bonus akan kesepakatan mengenai kualitas yang dicapai sejak periode pertama dari kontrak. Sehingga, sistem pembayaran ini berbeda dari sistem sebelumnya yaitu kapitasi sebagai contoh. AQC juga melibatkan pertimbangan faktor risiko berupa jenis kelamin, umur sebagai faktor koreksi dalam sistem pembayaran terutama yang bekerja sama dengan FKTP swasta (Song et al, 2012; Long et al, 1994; Song et al, 2014; Rudoler, 2015).

Hasil permodelan ekonometrik dan grafik sudah menunjukkan bahwa selain utilisasi layanan rawat jalan FKTP, karakteristik pasien berupa faktor predisposisi, faktor *needs* dan faktor *enabling* memiliki pengaruh signifikan dalam utilisasi layanan FKTP yang pada akhirnya mempengaruhi perhitungan kapitasi. Faktor predisposisi berupa status sosio demografi pasien menunjukkan pentingnya faktor sosial demografi dan sebaran peserta sebagai indikator referensi dalam perhitungan nilai kapitasi. Selain itu, adanya hasil studi JKN 2017 berupa tarif riil layanan rawat jalan FKTP bisa menggambarkan perbandingan dan *gap* antara tarif riil dengan tarif kapitasi. Sehingga tarif riil perlu dipertimbangkan menjadi indikator referensi perhitungan kapitasi. Kemudian angka



kontak atau utilisasi per jenis layanan FKTP yang berbeda-beda perlu menjadi pertimbangan. Untuk meringkas, berikut beberapa indikator referensi yang perlu dipertimbangkan dalam menghitung nilai kapitasi:

|                                                                                   |                                       |                                                                                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | Scope of benefits                     |  | Sosial demografi peserta |
|  | Utilisasi per jenis scope of benefits |  | Kapasitas provider       |
|  | Tarif per jenis scope of benefits     |  | Sebaran peserta          |

## Nilai kapitasi JKN-KIS yang Mengacu Tarif Umum, Kemampuan Keuangan BPJS Kesehatan dan Memperhatikan Kualitas Layanan

Setelah mendapatkan hasil tarif riil di bagian pertama serta faktor risiko yang menentukan utilisasi ke FKTP, berikutnya besaran kapitasi yang layak bisa diperhitungkan dimulai dari penentuan manfaat yang masuk ke dalam perhitungan kapitasi. Kemudian, menghitung angka kontak atau utilisasi historis dan penyesuaian (didapatkan dari regresi akses ke FKTP beserta hasil angka kontak yang didapatkan dari kajian perhitungan dampak KBK). Selanjutnya mengalikan angka kontak dengan harga ekonomi yang diambil dari tarif riil FKTP studi JKN 2017. Berikutnya adalah menjumlahkan hasil kapitasi per jenis manfaat layanan yang diambil dari perkalian angka utilisasi dan harga ekonomi. Terakhir didapatkan nilai kapitasi keseluruhan.

**Tabel 8 Perhitungan Kapitasi Puskesmas dengan Penyesuaian pada Tarif Riil dan Angka Utilisasi**

| Step-1:<br><br>MANFAAT                            | PUSKESMAS            |     |                    |                     |       |
|---------------------------------------------------|----------------------|-----|--------------------|---------------------|-------|
|                                                   | Step-2:              |     | Step-3:            | Step-4:             |       |
|                                                   | UTIL (/1000 / bulan) |     | HARGA EKONOMI (Rp) | KAPITASI (Rp; POPB) |       |
|                                                   | HIST                 | ADJ | Median Tarif       | Alt-1               | Alt-2 |
| Administrasi pelayanan                            | 51                   | 91  | 4,071              | 208                 | 370   |
| Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi medis        | 51                   | 91  | 5,000              | 255                 | 455   |
| Tindakan medis non-spesialistik                   | 17                   | 23  | 10,000             | 170                 | 230   |
| Obat & bahan medis habis pakai                    | 41                   | 71  | 4,000              | 164                 | 284   |
| Penunjang diagnosis laboratorium                  | 21                   | 31  | 20,000             | 420                 | 620   |
| Penyuluhan perseorangan (Asumsi Tarif Rp. 10,000) | 51                   | 91  | 10,000             | 400                 | 800   |
| Step-5: Overall Kapitasi (Rp, POPB)               | Tanpa Penyuluhan     |     |                    | 1,217               | 1,959 |
|                                                   | Dengan penyuluhan    |     |                    | 1,617               | 2,759 |

Utilisasi di Puskesmas lebih rendah dibandingkan FKTP lain (klinik, DPP & dokter gigi). Maka nilai kapitasi yang berlaku saat ini masih di atas nilai kapitasi layak untuk Puskesmas. Dari hasil perhitungan kapitasi per jenis layanan manfaat, nilai kapitasi terendah ada pada obat dan bahan medis habis pakai yaitu Rp164,00 - Rp284,00. Nilai kapitasi tertinggi terdapat pada penunjang diagnosis laboratorium yaitu sekitar Rp420,00 - Rp620,00. Total kapitasi keseluruhan sekitar Rp1.617,00 - Rp2.759,00.

**Tabel 9 Perhitungan Kapitasi DPP dengan Penyesuaian pada Tarif Riil dan Angka Utilisasi**

| Step-1:                                    | DPP                  |     |                    |                     |        |
|--------------------------------------------|----------------------|-----|--------------------|---------------------|--------|
| MANFAAT                                    | Step-2:              |     | Step-3:            | Step-4:             |        |
|                                            | UTIL (/1000 / bulan) |     | HARGA EKONOMI (Rp) | KAPITASI (Rp; POPB) |        |
|                                            | HIST                 | ADJ | Median Tarif       | Alt-1               | Alt-2  |
| Administrasi pelayanan                     | 133                  | 149 | 10,268             | 1,366               | 1,530  |
| Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi medis | 133                  | 149 | 50,000             | 6,650               | 7,450  |
| Tindakan medis non-spesialistik            | 20                   | 22  | 30,000             | 600                 | 660    |
| Obat & bahan medis habis pakai             | 100                  | 112 | 17,500             | 1,750               | 1,960  |
| Penunjang diagnosis laboratorium           | 33                   | 37  | 25,000             | 825                 | 925    |
| Step-5: Overall Kapitasi (Rp, POPB)        |                      |     |                    | 11,191              | 12,525 |

Utilisasi di DPP dibandingkan Puskesmas relatif lebih tinggi. Oleh karena itu nilai kapitasi yang berlaku saat ini masih di bawah nilai kapitasi yang layak untuk DPP. Dari hasil perhitungan kapitasi per jenis layanan manfaat, nilai kapitasi terendah terdapat pada tindakan medis non spesialisik yaitu sekitar Rp600,00 - Rp660,00. Nilai kapitasi tertinggi terdapat pada pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis yaitu sekitar Rp6.650,00 - Rp7.450,00. Total kapitasi keseluruhan sekitar Rp11.191,00 - Rp12.525,00.

**Tabel 10 Perhitungan Kapitasi Klinik dengan Penyesuaian pada Tarif Riil dan Angka Utilisasi**

| Step-1:                                    | KLINIK               |     |                    |                     |        |
|--------------------------------------------|----------------------|-----|--------------------|---------------------|--------|
| MANFAAT                                    | Step-2:              |     | Step-3:            | Step-4:             |        |
|                                            | UTIL (/1000 / bulan) |     | HARGA EKONOMI (Rp) | KAPITASI (Rp; POPB) |        |
|                                            | HIST                 | ADJ | Median Tarif       | Alt-1               | Alt-2  |
| Administrasi pelayanan                     | 140                  | 150 | 10,280             | 1,439               | 1,542  |
| Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi medis | 140                  | 150 | 50,000             | 7,000               | 7,500  |
| Tindakan medis non-spesialistik            | 21                   | 23  | 30,000             | 630                 | 690    |
| Obat & bahan medis habis pakai             | 105                  | 113 | 10,000             | 1,050               | 1,130  |
| Penunjang diagnosis laboratorium           | 35                   | 38  | 25,000             | 875                 | 950    |
| Step-5: Overall Kapitasi (Rp, POPB)        |                      |     |                    | 10,994              | 11,812 |

Utilisasi di klinik relatif lebih tinggi. Dibandingkan Puskesmas oleh karena itu nilai kapitasi yang berlaku saat ini masih di bawah nilai kapitasi yang layak untuk klinik. Dari hasil perhitungan kapitasi per jenis layanan manfaat, nilai kapitasi terendah terdapat pada tindakan medis nonspesialistik yaitu sekitar Rp630,00 - Rp690,00. Nilai kapitasi tertinggi terdapat pada pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis yaitu sekitar Rp7.000,00 - Rp7.500,00. Total kapitasi keseluruhan sekitar Rp10.994,00 - Rp12.525,00.

**Tabel 11 Perhitungan Nilai Kapitasi Dokter Gigi dengan Penyesuaian pada Tarif Riil dan Angka Utilisasi**

| Step-1:                             | Dokter Gigi          |     |                    |                     |       |
|-------------------------------------|----------------------|-----|--------------------|---------------------|-------|
| MANFAAT                             | Step-2:              |     | Step-3:            | Step-4:             |       |
|                                     | UTIL (/1000 / bulan) |     | HARGA EKONOMI (Rp) | KAPITASI (Rp; POPB) |       |
|                                     | HIST                 | ADJ | Median Tarif       | Alt-1               | Alt-2 |
| Administrasi Pelayanan Gigi         | 22                   | 30  | 6,000              | 132                 | 180   |
| Periksa,Konsul&Pengobatan Gigi      | 22                   | 30  | 50,000             | 1,100               | 1,500 |
| Pre.Medikasi                        | 17                   | 23  | 50,000             | 850                 | 1,150 |
| Kegawatdaruratan Ortodental         | 2                    | 3   | 100,000            | 200                 | 300   |
| Cabut Gigi Sulung                   | 6                    | 8   | 65,000             | 390                 | 520   |
| Cabut Gigi Permanen                 | 6                    | 8   | 150,000            | 900                 | 1,200 |
| Obat Pasca Ekstraksi                | 22                   | 30  | 57,500             | 1,265               | 1,725 |
| Tumpatan                            | 6                    | 8   | 150,000            | 900                 | 1,200 |
| Scaling Gigi                        | 6                    | 8   | 225,000            | 1,350               | 1,800 |
| Step-5: Overall Kapitasi (Rp, POPB) |                      |     |                    | 7,087               | 9,575 |

Utilisasi di dokter gigi dibandingkan Puskesmas relatif lebih tinggi. Oleh karena itu nilai kapitasi yang berlaku saat ini masih di bawah nilai kapitasi yang layak untuk dokter gigi. Dari hasil perhitungan kapitasi per jenis layanan manfaat, nilai kapitasi terendah terdapat pada administrasi pelayanan gigi yaitu sekitar Rp132,00 - Rp180,00. Nilai kapitasi tertinggi terdapat pada scaling gigi yaitu sekitar Rp1.350,00 - Rp1.800,00. Total kapitasi keseluruhan sekitar Rp7.087,00 - Rp9.575,00.

**Dari perhitungan tersebut, nilai kapitasi pada Puskesmas dipengaruhi oleh angka utilisasi yang sangat kecil, sehingga tidak sepadan dengan besaran nilai uang.** Hal ini dikarenakan Puskesmas lebih sering dijadikan tempat meminta rujukan daripada pelayanan kesehatan itu sendiri sehingga belum sepenuhnya berperan sebagai *gatekeeper* dalam JKN. Kedua jenis pelayanan, UKM dan UKP ditanggung oleh Puskesmas sementara jumlah peserta terlalu besar. Oleh sebab itu, *partnership* antara faskes publik dan swasta penting untuk dilakukan. *Partnership* tersebut yaitu dalam bentuk redistribusi peserta dan pembagian jenis pelayanan UKM dan UKP.

Berdasarkan survei data primer yang dijelaskan pada Tabel 1, Tabel 2, dan Tabel 3 mengenai tarif umum di FKTP, tarif kapitasi saat ini besarnya tidak sama dengan tarif umum di FKTP. Maka tarif kapitasi perlu menyesuaikan perhitungannya dengan tarif umum di FKTP.

Perhitungan tarif kapitasi juga perlu mempertimbangkan faktor lain yang mempengaruhi, antara lain faktor risiko, karakteristik peserta JKN-KIS untuk FKTP swasta. Pada FKTP Puskesmas, *gap* antara kapitasi yang dibayarkan dibandingkan dengan utilisasi dan nilai kapitasi layak perlu ditinjau kembali oleh berbagai pemangku kepentingan yaitu BPJS Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah serta khususnya Puskesmas dalam mencapai nilai kapitasi yang ideal. Pola pengelolaan keuangan BLUD pada Puskesmas serta birokrasi dan regulasi daerah menjadi bagian penting dari pengelolaan keuangan dan manajemen pelayanan kesehatan di FKTP untuk memberikan kualitas dan mutu pelayanan yang optimal.

## KESIMPULAN



Perhitungan besaran biaya pelayanan kesehatan menggunakan tarif pelayanan umum sebagai acuan. Besaran biaya dihitung per jenis FKTP (Puskesmas, DPP, klinik, dokter gigi) serta rincian tindakan.



Indikator referensi atau rumusan kapitasi adalah *scope of benefits*, utilisasi per jenis *scope of benefits*, tarif per jenis *scope of benefits*, sosial demografi peserta, kapasitas *provider*, dan sebaran peserta.



Besaran nilai kapitasi dapat dihitung berdasarkan utilisasi dan *adjustment* usia, jenis kelamin serta wilayah *urban* dan *rural* karena faktor risiko yang berbeda. Nilai tarif kapitasi saat ini berbeda dari tarif Puskesmas dan FKTP jenis lain seperti DPP, klinik dan dokter gigi.

## REKOMENDASI KEBIJAKAN

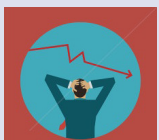
Merujuk pada hasil pembahasan yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, maka rekomendasi kebijakan yang dapat diusulkan adalah sebagai berikut:



Perlu ada kontrak kapitasi yang jelas yaitu jenis pelayanan sesuai kapasitas FKTP beserta tarifnya. Contohnya menggunakan metode pembayaran lain seperti *global budget* dengan *community rating by class* yaitu pembayaran kapitasi di muka dengan komitmen kinerja berdasarkan penyesuaian faktor umur, jenis kelamin, kondisi geografis dan faktor lainnya.



Pembayaran kapitasi klinik dan DPP disusun dengan memperhitungkan faktor-faktor risiko (umur dan jenis kelamin peserta), kapasitas faskes, serta perlu diperhatikan risiko lain yang muncul.



Perlu dilakukan penilaian terhadap besaran kapitasi atas *evidence* BPJS Kesehatan telah membayar Puskesmas di atas harga ekonomi, namun kualitasnya masih rendah.



Dari regulator (Kementerian Kesehatan) perlu dilakukan penghitungan biaya satuan per pelayanan untuk mengetahui pembiayaan riil di FKTP.

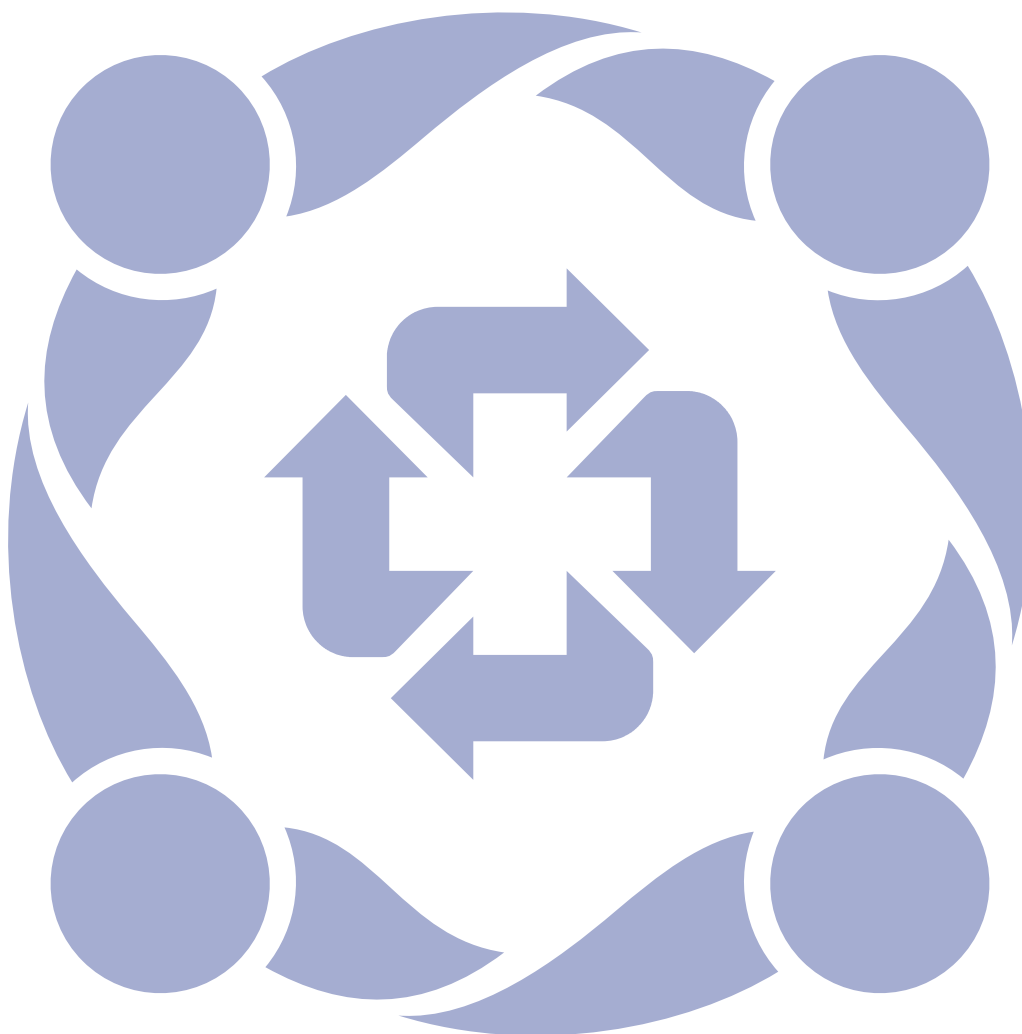
## REFERENSI

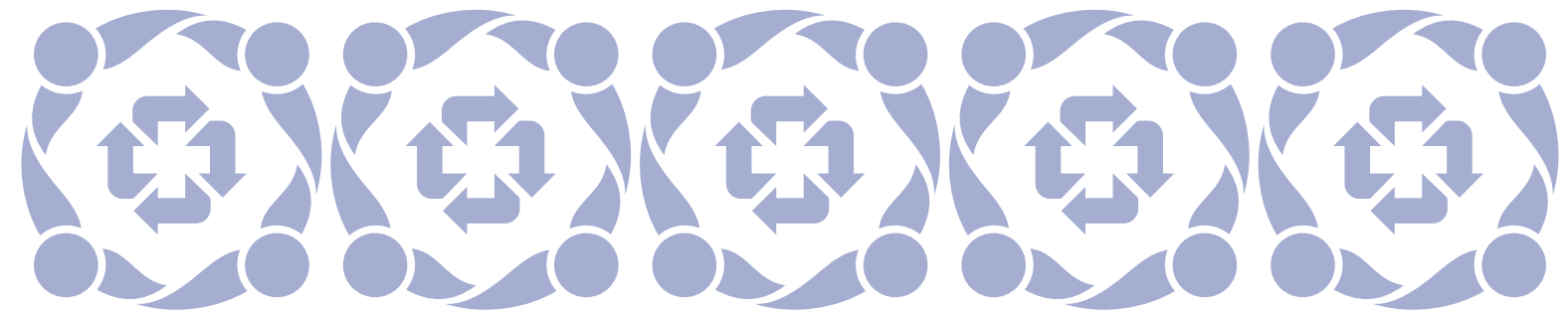
Long, Stephen H; Marquis M. Susan (1994). *Toward a global budget for the U.S. Health System: Implementation Issues and Information Needs. Rand Issue Paper*, Juli 1994.

Rudoler, David (November 2015). *Paying for Primary Care: The Relationship between Payment Change and Primary Care Physician Behaviour* David. ProQuest.[10131372]

Song, Zirui ; Rose, Sherri ; Safran,Dana G. ; Landon, Bruce E ; Day, Matthew P ; Chernew, Michael E. (2014). *Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. The New England Journal of Medicine*, 371 : 18.

Song, Zirui ; Rose, Sherri ; Safran,Dana G. ; Landon, Bruce E ; Day, Matthew P ; Chernew, Michael E (2012). *The 'Alternative Quality Contract,'Based On A Global Budget, Lowered Medical Spending And Improved Quality* Song. *Health Affairs*, 31 (8) : 1885–1894.





#### **Tim Redaksi:**

Penanggungjawab : Direktur Utama BPJS Kesehatan  
Pemimpin Umum : Direktur Perencanaan, Pengembangan dan Manajemen Risiko BPJS Kesehatan  
Pemimpin Redaksi : Deputi Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan  
Redaktur Pelaksana : Asisten Deputi Bidang Riset JKN-KIS BPJS Kesehatan  
Tim Redaksi : Kedeputian Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan  
Tim Editor : Komunikasi Publik dan Humas BPJS Kesehatan

#### ***Disclaimer:***

Isi publikasi ini disarikan dari hasil Studi Kajian Sistem Pembayaran FKTP Biaya Riil Layanan di RJTP Sebagai Dasar Perhitungan Besaran Kapitasi Program JKN-KIS yang dilakukan Kedeputian Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indoensia.  
Isi publikasi menjadi tanggung jawab penulis, tidak mencerminkan pandangan BPJS Kesehatan.

Saran dan masukan dapat dikirim ke email:  
**[deputi.risbang@bpjs-kesehatan.go.id](mailto:deputi.risbang@bpjs-kesehatan.go.id)**

