

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap orang dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau (UU no 36 Tahun 2009 tentang kesehatan). WHO (2005) juga menyatakan bahwa setiap negara berkewajiban memberikan jaminan kesehatan semesta (UHC/ *Universal Health Coverage*), yang berarti setiap orang pada suatu negara dapat memperoleh akses pelayanan kesehatan baik preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif pada saat mereka membutuhkannya.

Sesuai amanat UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya dalam pasal 28H ayat (3) ditegaskan kembali bahwa, "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Pemerintah mengawali dengan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) pada tahun 2005 dengan menugaskan PT. Askes untuk melaksanakan program tersebut sebagai jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat sosial disamping juga mengelola jaminan kesehatan bagi PNS, Polri, TNI, Pensiunan dan veteran (Lukmana, 2006)

Selanjutnya pada tahun 2011, pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 24 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam konteks SJSN, Indonesia telah memilih mekanisme asuransi sosial dengan mewajibkan setiap penduduk yang menerima upah untuk membayar iuran sementara yang belum mampu (miskin atau tidak mampu) mendapat bantuan iuran dari

pemerintah. Pemerintah menjamin dan memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan, dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran maupun yang iurannya dibayar oleh pemerintah, dan menunjuk BPJS selaku badan hukum publik untuk menyelenggarakan program Jaminan kesehatan (UU nomor 24 tahun 2011).

Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 menetapkan PT ASKES (Persero) untuk bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. BPJS kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Dalam UU no 24 tahun 2011 tersebut ditentukan bahwa, BPJS kesehatan mengelola dana yang bersumber dari iuran penerima bantuan iuran /PBI dan non PBI, yang selanjutnya dibayarkan pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan beberapa mekanisme pembayaran yaitu kapitasi, non kapitasi, sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBG's , hal ini diatur dalam Permenkes nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN.

Sejak diberlakukan program JKN, sistem kapitasi pada FKTP yang semula dibayarkan melalui dinas kesehatan, dibayarkan langsung pada bendahara JKN pada FKTP (Perpres nomor 32 tahun 2014). Dengan sistem ini, pembiayaan pada puskesmas secara signifikan meningkat, berbeda pada saat dana kapitasi pada era PT.ASKES yang dinilai kurang memuaskan karena kecilnya besaran kapitasi yang diberikan PT.ASKES, keterlambatan pembayaran dan sulitnya mengklaim biaya rawat inap, hal ini diungkapkan Wintara dalam Lukmana (2006). Oleh karena itu pada era JKN saat ini sistem kapitasi menjadi

suatu fenomena baru bagi FKTP. Sistem pembayaran kapitasi telah berkembang di negara lain sejak 1990-an, beberapa penelitian tentang kapitasi telah dilakukan diantaranya Vliet, *et.al* (1992) yang melakukan penelitian tentang bagaimana menentukan besaran kapitasi di Belanda. Sementara Mills, *et.al* (2000) meneliti tentang tanggapan penyedia layanan tentang kapitasi di Thailand, yang terdiri dari sektor swasta dan pemerintah.

Kapitasi dalam *policy note AIPHSS* (2015) merupakan uang yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan dasar dibagi jumlah penduduk. Jumlah dana keseluruhan yang dialokasikan untuk setiap penyedia atau fasilitas pelayanan kesehatan dasar merupakan jumlah per kapita rata-rata (atau tarif dasar) dikalikan jumlah peserta. Mengutip Kompas (10 Mei 2014), Menteri Kesehatan menyatakan bahwa dana kapitasi ini diberikan agar tenaga kesehatan puskesmas lebih termotivasi dalam melakukan pelayanan. Oleh sebab itu jasa pelayanan diberikan minimal 60 persen dari dana kapitasi yang ditransfer pada Puskesmas/ FKTP sebagai salah satu bentuk penghargaan kepada tenaga yang telah memberikan pelayanan, baik langsung, yaitu oleh tenaga kesehatan maupun secara langsung, yaitu tenaga non kesehatan.

Pembahasan tentang dana kapitasi merupakan salah satu pembahasan yang menarik untuk dikupas bagaimana implementasi dan problematikanya setelah dua tahun berjalan. Sistem pembiayaan jaminan kesehatan pada puskesmas atau FKTP yang semula menggunakan pembayaran *out of pocket payment* berubah menjadi prabayar atau *prospective payment system* (Syarkani, 2016). Merujuk pada sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang dikemukakan Azwar (2010; 154), sistem kapitasi merupakan salah satu sistem *prepayment* sebagai bentuk penyempurnaan sistem pembiayaan yang

sebelumnya diberlakukan secara *reimbursement*, dengan harapan biaya kesehatan dapat terkendali. Dengan perubahan sistem pembayaran yang dibayarkan dimuka, diharapkan fasilitas pelayanan kesehatan dapat merencanakan efisiensi program dengan lebih baik (Hendrartini, 2010). Hal ini juga dinyatakan Masland, *et.al* (1996) bahwa sistem kapitasi tergantung pada keputusan dari perencana dan pelaksana pelayanan.

Seiring penerapan kapitasi, BPK telah menemukan penyalahgunaan dana kapitasi JKN yang dituangkan dalam LHP BPK RI Tahun 2015. Dalam kasus ini dana yang seharusnya diperuntukkan untuk jasa pelayanan dan biaya dukungan operasional dari total penerimaan kapitasi JKN, aturannya diubah oleh Dinas Kesehatan Magetan. Selain untuk jasa pelayanan pegawai puskesmas dan biaya dukungan operasional, dana kapitasi JKN juga dialokasikan untuk remunerasi bagi pegawai Dinas Kesehatan Magetan yang jelas menyimpang dari ketentuan. Penggunaan dana kapitasi JKN sebenarnya telah diatur dalam Permenkes nomor 19 tahun 2014 yang kemudian disempurnakan dengan terbitnya Permenkes No 21 tahun 2016. Dalam Permenkes yang baru tersebut perkembangan kebutuhan implementasi penyelenggaraan JKN mulai lebih baik, hal ini dapat dilihat dari regulasi tentang penggunaan dana kapitasi yang lebih jelas. Pada pemanfaatan jasa pelayanan, Permenkes no 21 tahun 2016 ini juga memperhitungkan masa kerja dan penambahan poin untuk setiap jenis ketenagaan. Sedangkan untuk alokasi biaya operasional, lebih terperinci peruntukannya dibandingkan Permenkes sebelumnya.

Pada sisi lain KPK dalam situs resminya (2015) juga memaparkan sejumlah kelemahan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN. Aspek regulasi yang kurang kurang jelas ditengarai dapat menimbulkan *moral hazard* dan

ketidakwajaran atas pembagian jasa medis dan biaya operasional. Selanjutnya dengan diperbolehkannya peserta penerima bantuan iuran (PBI) berpindah dari puskesmas ke FKTP swasta dapat berpotensi *fraud* pada aspek pembiayaan. Selain itu efektivitas dana kapitasi dalam meningkatkan mutu layanan masih rendah. Aspek tata laksana dan sumber daya, yang disebutkan antara lain lemahnya pemahaman dan kompetensi petugas kesehatan di puskesmas dalam menjalankan regulasi, proses verifikasi kepesertaan di FKTP belum berjalan dengan baik, pelaksanaan mekanisme rujukan berjenjang belum berjalan baik, potensi petugas FKTP menjadi pelaku penyimpangan (*fraud*) semakin besar, petugas puskesmas rentan menjadi korban pemerasan berbagai pihak, serta sebaran tenaga kesehatan yang tidak merata. Hal tersebut menjadi sorotan dalam pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN.

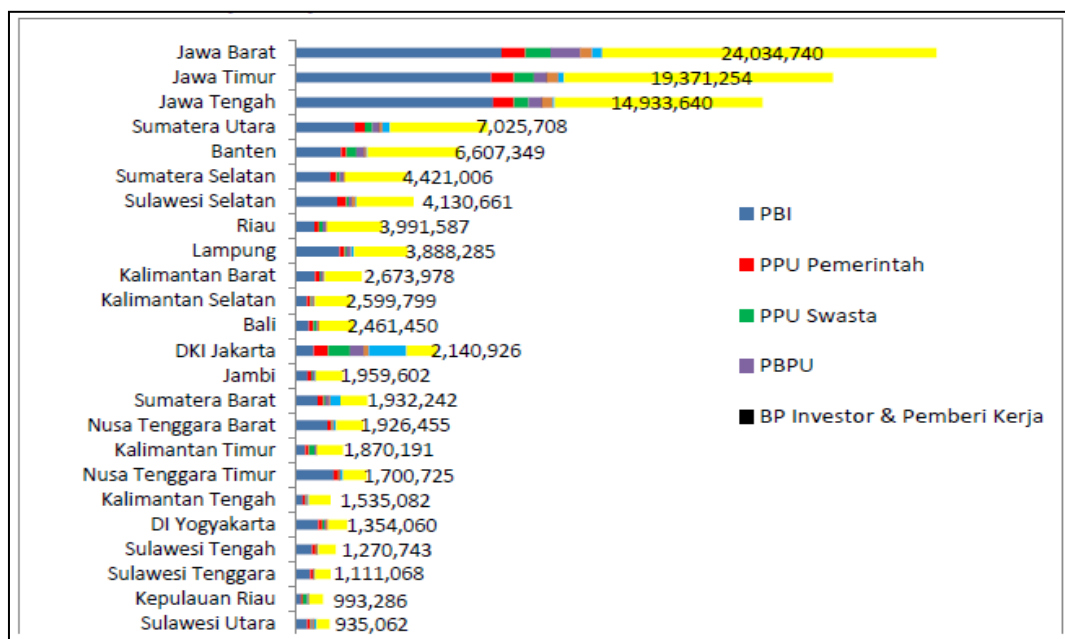
Pada sistem kapitasi, Masland, *et.al* (1996) menyatakan bahwa penyedia pelayanan kesehatan memiliki risiko yang lebih besar karena menerima pembayaran tetap terlepas dari jumlah pelayanan yang dilakukan atau biaya per pelayanan, oleh karena itu pengelolaan dana kapitasi harus dilakukan sebaik mungkin agar cukup untuk melayani kebutuhan perawatan peserta manakala sakit . Sejalan dengan hal tersebut, Setiaji (2015) menunjukkan bahwa potensi *fraud* dana kapitasi JKN pada puskesmas selaku FKTP, dipicu karena program yang masih baru dilaksanakan dan regulasi yang masih belum menegaskan secara rinci pemanfaatan dana kapitasi puskesmas serta sumber daya manusia pengelola dana kapitasi puskesmas yang masih belum memadai.

Pemerintah Indonesia sendiri telah memberikan *warning* atas potensi *fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015. *Fraud*

yang selanjutnya disebut kecurangan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

Pengelolaan dana kapitasi JKN pada dasarnya telah diatur dalam Perpres nomor 32 tahun 2014 yang meliputi penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, pertanggungjawaban dan pengawasan. Dana kapitasi tersebut berasal dari iuran peserta baik pekerja penerima upah, mandiri maupun penerima bantuan iuran yang dibayar oleh APBN dan APBD. Berdasarkan data BPJS yang dikutip Bapenas (2015), Jawa Timur merupakan Provinsi yang menempati urutan kedua yang terbesar cakupan kepesertaannya, dari data tersebut dapat disimpulkan dana kapitasi yang dikucurkan oleh BPJS pada FKTP di Jawa Timur-pun besar karena dihitung berdasarkan jumlah kepesertaan.

Gambar 1.1 Cakupan Kepesertaan JKN 2014 berdasarkan jumlah penduduk per Provinsi



Sumber : Bapenas 2015 yang diolah dari data BPJS

Pada sisi lain, Pembangunan kesehatan merupakan suatu investasi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia, karena setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan berdampak pada kerugian ekonomi yang besar bagi negara (Balitbangkes, 2014; f1). Hal ini sejalan dengan sistem kesehatan nasional yang berprinsip pada kegiatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang diupayakan secara komprehensif melalui JKN. Dalam situsnya, BPJS menyatakan pada era JKN ini dana kapitasi dimaksudkan sebagai upaya penguatan fasilitas kesehatan primer sehingga pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

Salah satu data yang dapat menggambarkan pembangunan kesehatan masyarakat pada suatu daerah adalah Indeks pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) dimana indikatornya adalah kinerja program kesehatan. Sehingga untuk meningkatkan IPKM suatu daerah dibutuhkan pembiayaan untuk menjamin program kesehatan dapat berjalan efektif dan efisien. Dengan diberlakukan sistem jaminan kesehatan nasional (JKN), sumber dana pada FKTP bertambah melalui dana kapitasi dan non kapitasi. Berdasarkan data IPKM tahun 2014, di Provinsi Jawa Timur mayoritas Kabupaten/Kota yaitu sebanyak 30 Kabupaten/ Kota mengalami penurunan peringkat dibanding tahun 2007. Pada tabel berikut menunjukkan bahwa status kesehatan masyarakat di Provinsi Jawa Timur perlu mendapat perhatian khusus serta upaya optimal yang berkelanjutan dalam pembangunan kesehatan khususnya pada 7 Kabupaten terendah yang masih berada dibawah peringkat 300.

Tabel 1.1 Perbandingan IPKM 2007 dengan IPKM 2013 di Prov. Jatim

No	Kabupaten/ Kota	Peringkat IPKM 2007	Peringkat IPKM 2013	Peringkat pengembangan IPKM 2013	Perubahan Peringkat IPKM 2013	Perubahan Peringkat pengembangan
1	Kota Madiun	10	8	6	Naik	Naik
2	Kota Kediri	35	14	3	Naik	Naik
3	Kota Blitar	30	22	52	Naik	Turun
4	Kota Malang	22	39	32	Turun	Turun
5	Kota Batu	15	40	42	Turun	Turun
6	Kabupaten Nganjuk	53	44	35	Naik	Naik
7	Kota Mojokerto	20	54	14	Turun	Turun
8	Kabupaten Ponorogo	100	70	65	Naik	Naik
9	Kota Surabaya	21	74	149	Turun	Turun
27	Kabupaten Tuban	160	217	138	Turun	Naik
28	Kabupaten Pasuruan	147	240	187	Turun	Turun
29	Kabupaten Bojonegoro	120	242	158	Turun	Turun
30	Kabupaten Sampang	426	272	311	Naik	Naik
31	Kabupaten Lumajang	202	294	326	Turun	Turun
32	Kabupaten Situbondo	235	307	301	Turun	Turun
33	Kabupaten Probolinggo	309	325	285	Turun	Turun
34	Kabupaten Jember	215	330	363	Turun	Turun
35	Kabupaten Bangkalan	302	333	380	Turun	Turun
36	Kabupaten Bondowoso	229	378	295	Turun	Turun
37	Kabupaten Sumenep	365	390	410	Turun	Turun
38	Kabupaten Pamekasan	371	400	417	Turun	Turun

Sumber Balitbangkes 2014 data diolah

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa kabupaten dengan IPKM terendah di Jawa Timur pada umumnya terletak di bagian timur Jawa Timur atau yang lebih dikenal “daerah tapal kuda” termasuk Pulau Madura. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bagaimana pengelolaan dana kapitasi pada puskesmas pada salah satu kabupaten yang ada di Madura dan tergolong IPKM-nya rendah. Seperti yang disebutkan sebelumnya, pembiayaan pada puskesmas meningkat signifikan dengan adanya dana kapitasi, oleh karena itu penelitian ini diharapkan dapat menjadi evaluasi awal pada sistem pembiayaan yang tergolong baru pada puskesmas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah yang akan diangkat pada penelitian kali ini adalah bagaimana sebenarnya pengelolaan dan

pemanfaatan dana kapitasi JKN pada puskesmas di Kabupaten Hastinapura sejak program JKN dimulai tahun 2014 hingga tahun 2016.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menyingkap bagaimana sebenarnya pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada puskesmas di Kabupaten Hastinapura sejak program JKN dimulai tahun 2014 hingga tahun 2016.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang dapat diberikan dalam penelitian ini adalah :

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi evaluasi awal bagaimana pengelolaan dan kapitasi JKN puskesmas non BLUD
2. Bagi para pemberi pelayanan kesehatan khususnya pada puskesmas agar dapat menghindari *fraud* pengelolaan dana kapitasi JKN
3. Bagi akademisi, penelitian diharapkan dapat memberikan masukan terhadap pengembangan ilmu akuntansi, khususnya akuntansi sektor publik di masa mendatang
4. Bagi lembaga, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian dalam menentukan kebijakan-kebijakan dalam peningkatan kinerja sesuai dengan standar.