

## PENGELOLAAN SISA LEBIH DANA KAPITASI DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA MILIK PEMERINTAH (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia)

MANAGING UNUTILIZED CAPITATION FUND  
AT GOVERNMENT'S PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES  
(Monitoring and Evaluation of National Health Insurance in Indonesia)

M Faozi Kurniawan<sup>1</sup>, Budi Eko Siswoyo<sup>1</sup>, Aulia Novelira<sup>1</sup>,  
Dedik Sulistiawan<sup>1</sup>, Wan Aisyah<sup>2</sup>, Welly Gadistina<sup>2</sup>, Golda Kurniawati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Grup Penelitian dan Pengembangan, BPJS Kesehatan Pusat

### ABSTRACT

**Background:** During the two years of implementation of the National Health Insurance (JKN), many national and district regulations have been published and revised. However, there is no clear regulation in the management of unutilized capitation fund. The high actual capitation in line with the low utilization ratio, which means it could potentially lead unutilized capitation. Financial management in the district that has not been integrated with unutilized capitation become a challenge for the Puskesmas to accommodate the operational requirements of service.

**Objective:** To analyze the potential and the management of unutilized capitation of JKN program at the Puskesmas and its determinant factors

**Method:** This is a case study using cross sectional design and implementation research approach. A total of 492 samples in 13 regionals and 26 districts were selected using multistage random sampling. Primary data were collected through series of interviews and FGDs using a standardized questionnaire. Variables that become secondary data (2014-2015) were collected from Puskesmas and BPJS Kesehatan database. Qualitative data were analyzed using thematic approach and quantitative data were analyzed descriptively and analytically using test for comparison and correlation.

**Result:** Allocation in the utilization of capitation funds, distribution of membership, geographical aspects, service time, the ratio of doctors to the participants, contact rate, total revenue from the Puskesmas have correlation to the unutilized capitation and performance indicators. Planning, budgeting, and disbursement of unutilized capitation follow the budget mechanism of APBD, either early budget document or the mid-year budget document; so it can not be used directly by Puskesmas without submission, reconciliation, and the budget approval from the district government. Nevertheless, the majority of Puskesmas do not manage unutilized capitation because there are no local regulations and technical guidelines for managing unutilized capitation fund.

**Conclusion:** Intervention should consider the variables that had a significant correlation value, both on unutilized capitation and performance indicators. It is necessary to evaluate the fund channeling; and also the strengthening of the regulation should also be followed by optimizing the role BPJS Kesehatan, Health Office, and other stakeholders to support the implementation of the concept of strategic purchasing.

**Keywords:** unutilized fund, capitation, JKN

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Selama dua tahun penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), banyak regulasi nasional dan daerah yang telah diterbitkan dan direvisi. Walaupun demikian, belum ada kejelasan regulasi dalam pengelolaan sisa lebih kapitasi. Tingginya kapitasi aktual sejalan dengan rendahnya rasio utilisasi yang pada akhirnya berpotensi menimbulkan sisa lebih kapitasi. Belum terintegrasinya pengelolaan keuangan daerah dan sisa lebih dana kapitasi menjadi tantangan Puskesmas untuk mengakomodir kebutuhan operasional pelayanan.

**Tujuan:** Menganalisis potensi dan pengelolaan sisa lebih kapitasi JKN di Puskesmas beserta faktor-faktor determinannya.

**Metode:** Studi kasus dengan rancang bangun *cross sectional* ini menggunakan pendekatan riset implementasi. Sejumlah 492 sampel dari 13 regional dan 26 kabupaten/ kota ditentukan secara *multistage random sampling*. Data primer dikumpulkan melalui serangkaian wawancara dan FGD menggunakan kuesioner terstandar. Variabel yang menjadi data sekunder (2014-2015) dikumpulkan dari Puskesmas dan BPJS Kesehatan. Data kualitatif dianalisis dengan pendekatan tematik, sementara data kuantitatif dianalisis secara deskriptif dan analitik menggunakan uji komparasi dan uji korelasi.

**Hasil:** Alokasi pemanfaatan dana kapitasi, distribusi kepesertaan, aspek geografis, waktu pelayanan, rasio dokter terhadap peserta, angka kontak, total penerimaan Puskesmas berkorelasi terhadap sisa lebih dana kapitasi dan capaian indikator komitmen pelayanan. Perencanaan, penganggaran, dan pencairan sisa lebih dana kapitasi mengikuti mekanisme APBD baik induk maupun perubahan; sehingga tidak dapat digunakan secara langsung oleh Puskesmas tanpa pengajuan, rekonsiliasi, dan pengesahan dokumen anggaran dari Pemda. Walaupun demikian, sebagian besar Puskesmas belum mengelola sisa lebih dana kapitasi karena tidak ada Peraturan Daerah dan pedoman teknis pelaksanaan.

**Kesimpulan:** Intervensi dapat mempertimbangkan variabel yang memiliki nilai korelasi signifikan, baik terhadap sisa lebih dana kapitasi dan capaian komitmen pelayanan. Selain perlu adanya evaluasi *fund channeling*; penguatan regulasi sebaiknya juga diikuti dengan optimalisasi peran BPJS Kesehatan, Dinkes, dan stakeholder lainnya untuk mendukung penerapan *strategic purchasing*.

**Kata Kunci:** sisa lebih, kapitasi, JKN

## PENGANTAR

Selama dua tahun diselenggarakannya program JKN, pemerintah dan BPJS Kesehatan terus memperbaiki pelaksanaan program JKN melalui serangkaian monitoring dan evaluasi kegiatan. Salah satu bentuk kegiatan tersebut adalah peningkatan mutu yang diimbangi dengan pembayaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), khususnya di FKTP milik pemerintah. Kajian pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi yang telah dilakukan Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan sebagai bentuk monitoring dan evaluasi program JKN tahun 2015 menemukan fakta bahwa peningkatan utilisasi mengakibatkan semakin rendahnya rata-rata biaya kapitasi aktual, sehingga dibutuhkan peninjauan jumlah minimum dan maksimum peserta per jenis FKTP dan/atau kapitasi Per Orang Per Bulan (POPB) yang mempertimbangkan beban kerja dan kualitas pelayanan<sup>1</sup>.

Di sisi lain, kajian terhadap mekanisme pembiayaan dalam sistem jaminan kesehatan nasional terhadap FKTP yang dilakukan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) pada tahun 2015 menyebutkan bahwa mekanisme kapitasi telah membuat dana yang masuk ke sebagian Puskesmas meningkat drastis dan melebihi dari kebutuhan puskesmas setiap tahunnya. Besarnya dana yang diterima dan realisasi anggaran yang lambat berpeluang menyebabkan sisa lebih di akhir tahun anggaran. Sementara itu, belum ada regulasi yang secara rinci mengatur sisa lebih dana kapitasi, sehingga dikhawatirkan terjadi penyalahgunaan dana kapitasi di FKTP dan jejaringnya<sup>2</sup>.

Belum adanya regulasi yang mengatur mekanisme pengelolaan sisa lebih dana kapitasi merupakan salah satu aspek kelemahan dalam penyelenggaraan JKN di FKTP milik pemerintah. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan sebagai pembayar kapitasi dirasa perlu melakukan monitoring dan evaluasi penyerapan dana kapitasi dan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Kajian ini bertujuan untuk menganalisis pengelolaan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas sebagai bahan masukan dan perbaikan kebijakan penyelenggaraan program JKN, terutama terkait pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Studi kasus dengan rancang bangun *cross sectional* ini menggunakan pendekatan riset implementasi dengan besaran sampel yang

ditetapkan secara *multistage random sampling* yang mempertimbangkan tingkat kepercayaan  $\alpha = 5\%$  ( $z = 1,96$ ); *margin error* = 0,1; dan *design effect* = 1 sehingga didapatkan 492 subjek penelitian. Unit analisis yang tersebar di 13 regional dan 26 kab/kota ini melibatkan Puskesmas BLUD, Puskesmas Non BLUD, Dinkes, Bappeda, dan DPPKAD. Variabel pengelolaan, pemanfaatan, komitmen pelayanan, dan peran multisektoral diukur dengan menggunakan data sekunder dan data primer melalui instrumen berupa kuesioner yang dirancang dengan beberapa pertanyaan terbuka dan tertutup. Pengambilan data dilakukan selama 2 bulan dan dianalisis dengan mempertimbangkan ruang lingkup kajian yang telah ditetapkan.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi

Penerimaan kapitasi sangat dipengaruhi oleh jumlah peserta JKN di Puskesmas. Perkembangan kepesertaan JKN dalam studi ini menunjukkan kecenderungan peserta Puskesmas BLUD lebih banyak daripada Puskesmas Non BLUD, terjadi baik di wilayah Pedesaan maupun Perkotaan. Hasil kajian juga menemukan bahwa Puskesmas BLUD memiliki penerimaan dana kapitasi yang cenderung berada di kuintil 3, bahkan untuk kategori Puskesmas Perkotaan mencapai kuintil 4. Kondisi ini timpang jika dibandingkan dengan Puskesmas Non BLUD dan Puskesmas Pedesaan yang sebagian besar memiliki penerimaan kapitasi yang cenderung di kuintil 1. Kondisi ini mengindikasikan adanya kesenjangan terkait besaran kapitasi POPB dan distribusi kepesertaan antarpuskesmas. Kajian ini juga memberikan informasi bahwa alokasi jasa pelayanan Puskesmas BLUD cenderung lebih besar daripada alokasi jasa pelayanan Puskesmas Non BLUD. Selain itu, terjadi pergeseran alokasi jasa pelayanan di Puskesmas Perkotaan pada tahun 2015. Kecenderungan juga menunjukkan bahwa kapitasi aktual Puskesmas Non BLUD lebih besar daripada Puskesmas BLUD, sedangkan Puskesmas Perkotaan lebih besar daripada PKM Pedesaan.

### Potensi Sisa Lebih Dana Kapitasi

Dana kapitasi bukan satu-satunya sumber pembiayaan/pendapatan Puskesmas. Sehingga, dalam studi ini tidak hanya melihat dana kapitasinya saja tetapi juga sumber pembiayaan Puskesmas yang lain, seperti non kapitasi, retribusi pasien umum, dan dana APBD-APBN dengan harapan dapat diketahui keterkaitannya dengan sisa lebih dana kapitasi. Penerimaan dana non kapitasi

Tabel 1. Kapasitas Pemanfaatan Kapitasi Puskesmas Berdasarkan Status dan Geografis Tahun 2014 – 2015

Variabel	Status PKM				Geografis PKM			
	2014		2015		2014		2015	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Rural (%)	Urban (%)
Disitribusi Kepesertaan								
> 20.000	15,22	13,16	12,00	17,02	-	18,18	5,00	16,88
15.001 – 20.000	8,70	5,26	10,00	8,51	5,56	7,58	5,00	10,39
5.001 - 15.000	23,91	44,74	30,00	34,04	44,44	30,30	45,00	28,57
< 5.000	52,17	36,84	48,00	40,43	50,00	43,94	45,00	44,16
<i>p-value</i>	0,2410		0,8210		0,2290		0,3350	
Penerimaan Dana Kapitasi								
Q1	32,20	16,95	34,43	16,13	39,13	21,05	41,67	21,21
Q2	22,03	28,81	21,31	27,42	30,43	24,21	25,00	24,24
Q3	18,64	30,51	19,67	32,26	17,39	26,32	20,83	27,27
Q4	27,12	23,73	24,59	24,19	13,04	28,42	12,50	27,27
<i>p-value</i>	0,1610		0,0930		0,1670		0,1550	
Alokasi Jasa Pelayanan								
<60%	26,83	28,26	38,18	30,61	29,41	27,14	31,58	35,29
60% - 75%	48,78	19,57	36,36	32,65	23,53	35,71	21,05	37,65
>75%	24,39	52,17	25,45	36,73	47,06	37,14	47,37	27,06
<i>p-value</i>	0,007		0,4490		0,6130		0,1850	
Alokasi Dukungan Biaya Operasional								
>40%	24,39	52,17	25,45	36,73	47,06	37,14	47,37	27,06
25% - 40%	48,78	19,57	36,36	32,65	23,53	35,71	21,05	37,65
<25%	26,83	28,26	38,18	30,61	29,41	27,14	31,58	35,29
<i>p-value</i>	0,007		0,4490		0,6130		0,1850	
Distribusi Kapitasi Aktual								
Q1	25,00	25,00	26,53	25,00	31,82	23,08	23,81	26,19
Q2	27,08	23,08	22,45	26,79	18,18	26,92	19,05	26,19
Q3	18,75	30,77	18,37	30,36	27,27	24,36	33,33	22,62
Q4	29,17	21,15	32,65	17,86	22,73	25,64	23,81	25,00
<i>p-value</i>	0,5200		0,2560		0,7610		0,7600	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

di Puskesmas BLUD cenderung di kuintil 3, bahkan Puskesmas Pedesaan mencapai kuintil 4. Kecenderungan penerimaan APBN – APBD Puskesmas Non BLUD lebih besar daripada Puskesmas BLUD, namun berubah sebaliknya di 2015. Walaupun demikian, Puskesmas Pedesaan tetap menerima alokasi lebih tinggi. Kecenderungan penerimaan retribusi pasien umum Puskesmas BLUD lebih besar daripada Puskesmas Non BLUD, demikian juga dengan Puskesmas Perkotaan yang lebih besar daripada Puskesmas Pedesaan.

Untuk mendapatkan informasi pemetaan distribusi sisa lebih dana kapitasi, terdapat pengkategorian dalam kuintil 1 sampai dengan kuintil 4 (Tabel 2). Diketahui bahwa bukan hanya sisa lebih kapitasi di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Perkotaan yang cenderung berada di kuintil 3, akan tetapi uji statistik (2014) juga

menunjukkan ada perbedaan signifikan antara Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD. Rendahnya sisa lebih kapitasi di Puskesmas Non BLUD dan Puskesmas Pedesaan erat kaitan dengan rendahnya penerimaan dana kapitasi dan tingginya alokasi jasa pelayanan. Dari hasil pengujian korelasi antarvariabel penelitian diketahui terjadi pergeseran pola yang berkontribusi terhadap besaran sisa lebih kapitasi yang awalnya variabel angka kontak dan jenis Puskesmas pada tahun 2014 menjadi rasio utilisasi dan geografis pada tahun 2015. Keterkaitan antar variabel independen dengan sisa lebih dana kapitasi secara lengkap dapat dilihat pada tabel 3.

### Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Landasan kebijakan memiliki peran yang sangat penting dalam pelaksanaan pengelolaan

Tabel 2. Potensi Sisa Lebih Dana Kapitasi Tahun 2014 – 2015

Variabel	Status PKM				Geografis PKM			
	2014		2015		2014		2015	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Rural (%)	Urban (%)
Penerimaan Dana Non-Kapitasi								
Q1	33,33	17,39	43,48	12,12	20,00	26,47	12,50	30,00
Q2	19,05	30,43	21,74	27,27	20,00	26,47	25,00	25,00
Q3	19,05	30,43	17,39	30,30	20,00	26,47	31,25	22,50
Q4	28,57	21,74	17,39	30,30	40,00	20,59	31,25	22,50
<i>p-value</i>	0,4830		0,0630		0,6700		0,5520	
Penerimaan Dana APBN								
Q1	24,00	37,14	35,00	17,39	22,22	33,33	75,00	14,29
Q2	28,00	11,43	40,00	26,09	33,33	15,69	-	40,00
Q3	16,00	31,43	5,00	30,43	22,22	25,49	-	22,86
Q4	32,00	20,00	20,00	26,09	22,22	25,49	25,00	22,86
<i>p-value</i>	0,1570		0,1210		0,6450		0,0020	
Penerimaan Dana APBD								
Q1	13,04	31,58	22,22	27,59	20,00	25,49	15,38	27,91
Q2	21,74	26,32	29,63	20,69	10,00	27,45	23,08	25,58
Q3	26,09	23,68	18,52	31,03	30,00	23,53	38,46	20,93
Q4	39,13	18,42	29,63	20,69	40,00	23,53	23,08	25,58
<i>p-value</i>	0,2120		0,5870		0,5430		0,5930	
Penerimaan Retribusi Puskesmas								
Q1	43,75	18,37	45,00	15,56	26,67	24,00	31,25	22,45
Q2	31,25	24,49	30,00	22,22	40,00	22,00	25,00	24,49
Q3	18,75	26,53	20,00	26,67	13,33	28,00	25,00	24,49
Q4	6,25	30,61	5,00	35,56	20,00	26,00	18,75	28,57
<i>p-value</i>	0,0870		0,0150		0,4510		0,8430	
Sisa Lebih Dana Kapitasi								
Q1	44,23	5,88	31,37	18,18	42,11	21,43	44,44	20,78
Q2	28,85	21,57	27,45	22,73	15,79	27,38	27,78	24,68
Q3	13,46	37,25	17,65	34,09	10,53	28,57	16,67	27,27
Q4	13,46	35,29	23,53	25,00	31,58	22,62	11,11	27,27
<i>p-value</i>	0,0000		0,2230		0,1140		0,1380	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

sisa lebih dana kapitasi. Secara sederhana, jika tidak ada regulasi yang mengatur, maka tidak ada pengelolaan sisa lebih dana kapitasi yang berjalan. Meskipun demikian, terdapat beberapa daerah yang mengelola sisa lebih dana kapitasi mengacu pada peraturan dana kapitasi (antara lain Peraturan Presiden No. 32/2014). Sebagian besar responden menyatakan belum ada regulasi yang mengatur tentang sisa lebih dana kapitasi. Untuk beberapa wilayah, terdapat daerah yang telah mengeluarkan aturan dana kapitasi dan termasuk didalamnya mengatur penggunaan sisa lebih dana kapitasi. Peraturan Menteri Kesehatan No. 21/2016 belum banyak diterapkan di daerah karena masih terhitung baru dan perlu diturunkan kembali dalam peraturan daerah. Untuk Puskesmas BLUD lebih banyak mengacu pada Peraturan Menteri

Dalam Negeri No. 61/2007 dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD).

“Setahu saya sih tidak ada aturan, aturan dari kementerian tidak ada, perwako nya juga tidak ada, dari dinas nya juga tidak ada dan kebetulan kami juga tidak pernah menggunakan silpa. mungkin karena tidak ada aturan jadi ya agak khawatir juga gitu lho” (Puskesmas Non BLUD)

“nggak ada (peraturannya)...dulu pernah kita membahas ya, pengaturan tentang dana dana itu, biasanya untuk Non BLUD, BLUD biasanya dikasih kewenangan penuh untuk ngatur itu (sendiri)..” (Puskesmas BLUD)

Pengelolaan sisa lebih dana kapitasi dimulai dengan proses perencanaan dan penganggaran yang mengikuti aturan daerah. Sisa lebih dana kapitasi tidak dapat langsung digunakan tanpa ada

**Tabel 3. Rangkuman Analisis Korelasi Antara Variabel Independen dengan Variabel Sisa Lebih Dana Kapitasi**

Variabel	Nilai Korelasi ( <i>p-value</i> )	
	2014	2015
Kepesertaan	0,0000*	0,0085*
Kapitasi	0,8547	0,0000*
Kapitasi Aktual	0,2166	0,0439*
Jasa Pelayanan	0,0891	0,0359*
Non Kapitasi	0,1779	0,0168*
Geografis	0,3368	0,0317*
APBN	0,0664	0,0301*
APBD	0,1420	0,2444
Retribusi	0,0399*	0,0129*
Waktu Pelayanan	0,0018*	0,0417*
Dokter : Peserta	0,0292*	0,0079*
Rasio Utilisasi	0,1682	0,0397*
Angka Kontak	0,0224*	0,3186
Jenis PKM	0,0000*	0,2670
Beban Kerja	0,9743	0,2677
Rasio Rujukan	0,2212	0,1858
Kunjungan Prolanis	0,5529	0,2405

\*signifikan pada  $\alpha = 0,05$

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

perencanaan dan penganggaran yang tersusun dan disahkan oleh pemerintah daerah. Sebagian besar Puskesmas belum melakukan perencanaan dan penganggaran untuk sisa lebih dana kapitasi. Namun sebagian yang lain dengan kebijakan masing-masing pemerintah daerah dapat melakukan perencanaan dan penganggaran melalui anggaran induk atau anggaran perubahan. Baik pada anggaran induk ataupun anggaran perubahan, puskesmas memiliki limit/batas/pagu anggaran untuk belanja. Hal ini menjadi dasar sekaligus kontrol bahwa tidak boleh dilakukan belanja melebihi pagu yang sudah ditentukan. Di sisi lain, besaran penerimaan/pendapatan di Puskesmas tidak mungkin dibatasi dan setiap tahunnya cenderung mengalami peningkatan penerimaan. Hal ini akan menyebabkan adanya dana lebih yang tidak dapat atau belum dapat dimanfaatkan optimal karena terbentur batas anggaran di rentang waktu anggaran berjalan saat itu.

“...silipanya digunakan untuk tahun berikutnya, kita anggaran di anggaran perubahan,” (Puskesmas BLUD)

“..... kita laporkan sisa lebihnya setiap tahun jadi ya dana sisa lebihnya nambah terus setiap tahun karena kita gak berani make.” (Puskesmas Non BLUD)

Setelah perencanaan dan penganggaran sisa lebih dana kapitasi disahkan, Puskesmas dapat melakukan pencairan dana sesuai yang

ada dalam dokumen perencanaan yang sudah disahkan. Mekanisme pencairannya mengikuti mekanisme pencairan dana di daerah. Puskesmas masih harus menyertakan SPJ terlebih dahulu ke Dinas Kesehatan, kemudian mengikuti prosedur SP2B dan SP3B. Lain halnya dengan puskesmas BLUD yang memang diperbolehkan mengelola keuangannya sendiri, namun tetap saja ada batas-batas dari peraturan daerah yang harus dipatuhi.

Peruntukan dana dalam hal ini mengacu pada untuk tujuan apa sisa lebih dana kapitasi digunakan. Hanya ada dua pembagian alokasi, yaitu alokasi operasional dan alokasi jasa pelayanan. Jika mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 21/2016, dikatakan bahwa sisa lebih dana kapitasi dari alokasi operasional hanya boleh digunakan untuk alokasi operasional kembali, sedangkan untuk sisa lebih dana kapitasi dari alokasi jasa pelayanan, hanya boleh digunakan untuk alokasi jasa pelayanan kembali.

“Tiap bulan kan kita bikin laporan sebelum pencairan, laporan yg ada belanja RKA itu dibikin laporan baru dikasih masuk ke dinas, dinas nanti kasih keluar SP3B, SP3B itu nanti dikasih masuk ke keuangan, nanti di keuangan mengeluarkan SP2B baru bisa dicairkan, kalau SP2B sudah ada baru bisa dibawa ke bank untuk pencairan. kan kalau sebelum keluar SP3B dr dinas itu diverifikasi lagi laporannya, sampai dppkad juga diverifikasi...” (Puskesmas Non BLUD)

“...puskesmas (BLUD) mesti membuat RBA kemudian digandeng sama subsidinya itu munculnya di DPA, nah begitu DPA disahkan itu SP2D kita minta, keluarkan, nah dengan adanya SP2D kita udah bisa menggunakan terus sampe pagu itu selesai sesuai dengan perencanaan yang ada di RBA, jadi nggak usah nunggu pencairan-pencairan.” (Dinas Kesehatan)

Tahapan terakhir dalam pengelolaan sisa lebih dana kapitasi adalah pertanggungjawaban keuangan. Prosesnya mengikuti persyaratan dan mekanisme pelaporan di daerah masing-masing. Laporan pertanggungjawaban ini dibuat oleh bendahara atau akuntan dengan persetujuan kepala Puskesmas. Laporan pertanggungjawaban ini ditujukan ke Dinas Kesehatan dan BPKAD dan tetap dilaporkan untuk masuk ke laporan realisasi APBD. Pembuatan SPJ Kegiatan program atau pembelanjaan menjadi syarat penting dalam laporan pertanggungjawaban, Selain itu, perlu dilampirkan bukti pembelian seperti nota, kwitansi, faktur, ataupun dokumentasi barang yang dibeli, dilampirkan bersama SPJ.

“yaa berbentuk SPJ... selama ini kita SPJ dan laporan aja sih mbak .. tembusan pelaporan ke dinas sama BPKAD, yang menyusun laporan tim keuangan di puskes saya itu ada pejabat

keuangan, ada bendahara pengeluaran, bendahara penerimaan, kemudian ada acoounting, dan kepala puskes". (Puskesmas BLUD)

"...Puskesmas itu kan ngelola sendiri tapi itu dicatat sama kita gitu jadi pendapatan masuk apbd jadi tiap bulan mereka melakukan pelaporan ke kita ada sp2b dan sp3bnya". (DPPKAD)

Terkait dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, peran Pemerintah Daerah melalui SKPD seperti Dinas Kesehatan, Bappeda, dan DPPKAD secara umum memang belum optimal. Dinas Kesehatan dapat memiliki peran yang bersifat langsung, dari sisi pembinaan dan pengawasan, pelaporan, verifikator perencanaan/anggaran, dan juga regulator. Di lain pihak, Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) selaku Bendahara Umum Daerah (BUD), tidak dikhususkan pada masalah pengelolaan sisa lebih dana kapitasi saja. Perbedaannya hanya, dana kapitasi ini tidak masuk kas daerah, tetapi masuk langsung ke dalam rekening puskesmas. Tapi jika puskesmas ingin menggunakan dana sisa lebih dana kapitasinya, puskesmas dan dinas kesehatan harus mengikuti mekanisme pengelolaan keuangan di daerah. BPJS Kesehatan sebagai pembayar dana kapitasi di Puskesmas juga berperan sepanjang sosialisasi peraturan pelaksanaan JKN menerima laporan dari Puskesmas. Namun, berkaitan dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, belum ditemukan adanya peran khusus terkait dengan hal itu. Keberadaan Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes) di daerah sejauh ini juga belum secara khusus berkaitan dengan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi.

Kendala dalam pengelolaan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi ini antara lain, sisa lebih dana kapitasi dapat digunakan namun tidak terserap secara optimal, belum adanya regulasi daerah yang jelas, adanya pagu anggaran yang membatasi dalam membelanjakan sisa lebih dana kapitasi, terbentur dengan mekanisme pengelolaan keuangan daerah sehingga dirasa kurang fleksibel, serta waktu pengesahan Rencana Bisnis Anggaran Perubahan (RAB-P) yang relatif lama dan sering terbentur dengan waktu akhir tahun. Mayoritas informan berharap adanya kejelasan regulasi tentang pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Pedoman dan petunjuk teknis yang menjadi bagian dari penjelasan peraturan juga perlu segera disusun untuk memperkuat dan memperjelas.

### **Kinerja dan Komitmen Pelayanan**

Pemanfaatan dana kapitasi yang optimal, tentu dapat menunjang kualitas kinerja pelayanan

dan makin memperkuat komitmen pelayanan di Puskesmas. Berdasarkan hasil analisis pada data sekunder, kinerja dan komitmen pelayanan diukur melalui rasio dokter terhadap peserta, waktu pelayanan, beban kerja, rasio utilisasi, angka kontak, rasio rujukan non-spesialistik, dan rasio kunjungan prolansis. Sebagian besar Puskesmas memiliki rasio dokter terhadap peserta  $1 : \leq 5.000$ . Walaupun demikian, rasio  $1 : > 5.000$  masih lebih banyak dijumpai di Puskesmas Non BLUD; bahkan ada yang mencapai  $1 : > 20.000$ . Hal ini mengindikasikan ada beberapa Puskesmas Non BLUD yang terkendala dalam menambah jumlah dokter, terlebih 15-20% dari Puskesmas Non BLUD ternyata memiliki peserta mencapai lebih dari 20.000.

Terkait dengan waktu pelayanan di Puskesmas, sebagian besar Puskesmas BLUD melaksanakan waktu pelayanan per hari lebih lama daripada Puskesmas Non BLUD. Adapun terkait dengan distribusi beban kerja, sebagian besar dokter Puskesmas melayani kurang dari 32 pasien per hari. Walaupun demikian, karena tingginya utilisasi maka ada beberapa dokter Puskesmas yang melayani lebih dari 32 pasien/ hari, terutama di Puskesmas Perkotaan. Sebagian besar Puskesmas mencapai rasio utilisasi kurang dari 15% terutama di Puskesmas Pedesaan dan secara statistik terdapat perbedaan antara Puskesmas BLUD dan Puskesmas Non BLUD. Rasio utilisasi kurang dari 15% lebih banyak dijumpai di Puskesmas Pedesaan dan mengindikasikan ada permasalahan akses terhadap pelayanan kesehatan. Sedangkan rasio utilisasi yang lebih dari 25% justru banyak dijumpai di Puskesmas BLUD dan Puskesmas Perkotaan sehingga berdampak pada tingginya beban kerja.

Sebagian besar Puskesmas mencapai angka kontak kurang dari  $150/_{1000}$ . Walaupun sebagian besar PKM di daerah studi belum mencapai zona aman dan zona prestasi di tahun 2014, namun capaian angka kontak mulai membaik di tahun 2015. Ditinjau dari aspek rasio rujukan non spesialisistik, sebagian besar Puskesmas mencapai rasio rujukan lebih dari 5% terutama di Puskesmas Perkotaan. Rasio rujukan lebih dari 5 % cenderung meningkat di tahun 2015, sehingga hal ini menjadi indikasi belum optimalnya fungsi Puskesmas sebagai *gatekeeper* dalam menekan rujukan non spesialisistik di daerah studi. Meskipun demikian, Sebagian besar Puskesmas mencapai zona prestasi untuk rasio kunjungan prolansis.

Tabel 4. Kinerja dan Komitmen Pelayanan Tahun 2014 – 2015

Variabel	Status PKM				Geografis PKM			
	2014		2015		2014		2015	
	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Non-BLUD (%)	BLUD (%)	Rural (%)	Urban (%)	Rural (%)	Urban (%)
Distribusi Rasio Dokter:Peserta								
1 : >20000	2.50	-	2,33	-	5,88	-	-	1,47
1 : 15001-200	2.50	2.94	-	6,98	-	3,51	5,56	2,94
1 : 5001-15000	25.00	14.71	27,91	20,93	35,29	15,79	27,78	23,53
1 : <= 5000	70.00	82.35	69,77	72,09	58,82	80,70	66,67	72,06
<i>p-value</i>	0,5330		0,2170		0,0650		0,8720	
Waktu Pelayanan								
Q1	40,00	14,75	40,35	16,67	20,83	28,26	25,00	29,03
Q2	34,55	42,62	29,82	33,33	25,00	42,39	16,67	35,48
Q3	12,73	13,11	14,04	23,33	25,00	9,78	29,17	16,13
Q4	12,73	29,51	15,79	26,67	29,17	19,57	29,17	19,35
<i>p-value</i>	0,0110		0,0310		0,1070		0,1850	
Distribusi Beban Kerja								
>32	11.90	10.91	14,29	17,31	4,76	13,16	10,53	17,33
32	-	1.82	2,38	1,92	-	1,32	5,26	1,33
<32	88.10	87.27	83,33	80,77	95,24	85,53	84,21	81,33
<i>p-value</i>	0,6750		0,9160		0,4780		0,4590	
Distribusi Rasio Utilisasi								
<15%	58.33	72.41	59,52	56,76	76,47	60,42	73,68	53,33
>15%	30.56	6.90	19,05	18,92	11,76	22,92	15,79	20,00
>=25%	11.11	20.69	21,43	24,32	11,76	16,67	10,53	26,67
<i>p-value</i>	0,0510		0,9520		0,4780		0,2450	
Distribusi Angka Kontak								
<150/1000	63.16	66.67	66,67	50,00	60,00	65,52	66,67	57,69
150/1000 - 249/1000	26.32	-	16,67	35,71	-	17,24	33,33	23,08
>250/1000	10.53	33.33	16,67	14,29	40,00	17,24	-	19,23
<i>p-value</i>	0,0480		0,4630		0,3760		0,4900	
Distribusi Rasio Rujukan Non-Spesialistik								
>5%	76.92	70.37	81,25	80,00	46,67	84,21	53,33	88,46
<5%	23.08	25.93	15,63	17,14	53,33	13,16	46,67	7,69
<1%	-	3.70	3,13	2,86	-	2,63	-	3,85
<i>p-value</i>	0,5820		0,9850		0,0090		0,0010	
Distribusi Rasio Kunjungan Prolanis								
<50%	-	7.14	-	5,88	-	6,25	-	4,55
50%-89%	14.29	-	11,11	5,88	-	6,25	-	9,09
>=90%	85.71	92.86	88,89	88,24	100,00	87,50	100,00	86,36
<i>p-value</i>	0,2830		0,6910		0,7080		0,7350	

Sumber data: diolah dari data Puskesmas dan BPJS Kesehatan, 2014 – 2015

### PEMBAHASAN Pemanfaatan dan Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi

Besaran jumlah dana kapitasi yang ditransfer ke Puskesmas setiap bulannya mengalami fluktuasi, artinya tidak selalu dalam besaran/ jumlah yang sama. Hal ini disebabkan oleh dinamika peserta yang jumlahnya dapat berubah-

ubah setiap waktu sebagaimana penelitian oleh Kurniawan<sup>1</sup> yang menyatakan bahwa jumlah peserta JKN dan kapitasi Per Orang Per Bulan (POPB) setiap FKTP sangat menentukan besaran total dana kapitasi yang diterima. Dana kapitasi ini akan ditransfer langsung dari BPJS Kesehatan ke rekening Puskesmas yang nantinya akan dikelola dan dipertanggungjawabkan oleh Bendahara JKN Puskesmas. Karena dana kapitasi ini tercatat dan

diakui sebagai pendapatan daerah, maka akan ada sistem pelaporan dan pertanggungjawaban kepada Kepala Daerah melalui Bendahara Umum Daerah (DPPKAD/Dispenda/BPKAD) di masing-masing daerah<sup>3</sup>. Sesuai dengan Permenkes No. 19/2014, setelah diturunkan kepada masing-masing peraturan daerah, akan ada alokasi dana kapitasi yang besaran pembagiannya tergantung dari kebijakan daerah, namun tidak terlepas dari acuan minimal 60% dialokasikan untuk jasa pelayanan di Puskesmas. Bentuk peraturan ini berupa Peraturan Bupati/Peraturan Walikota<sup>4</sup>.

Pada tahun 2014, dana kapitasi yang masuk ke rekening Puskesmas tidak dapat langsung dimanfaatkan. Hal ini disebabkan karena tidak semua dana kapitasi dapat diakomodir dalam dokumen perencanaan penganggaran Puskesmas yang telah disahkan oleh Pemerintah Daerah. Di sisi lain, dana kapitasi yang masuk dari BPJS Kesehatan tidak sedikit jumlahnya. Pada akhirnya, ditemukan permasalahan sisa lebih dana kapitasi. Penelitian sebelumnya tentang pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi JKN juga menemukan beberapa permasalahan terkait sisa lebih dana kapitasi, yaitu belum mengatur kapitasi masuk dalam mekanisme surplus dan defisit APBD, pelaksanaan dan penatausahaan dana kapitasi belum disesuaikan dengan mekanisme keuangan daerah, terutama untuk sisa lebih dana kapitasi, dan belum mengatur peruntukan dalam memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi<sup>1</sup>.

Sebagian besar daerah menyatakan bahwa sisa lebih dana kapitasi paling banyak diperoleh dari alokasi dana operasional. Dana kapitasi yang dialokasikan untuk jasa pelayanan terserap habis, sedangkan yang dialokasikan untuk operasional tidak dapat terserap sepenuhnya. Ini disebabkan oleh sebagian kebutuhan operasional Puskesmas misalnya obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan dipenuhi dari sumber lain yaitu Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan<sup>5</sup> maupun sumber lain yaitu Dana Alokasi Umum (DAU)<sup>6</sup>. Adanya sisa lebih dana kapitasi juga terbukti berhubungan negatif dengan jasa pelayanan. Dengan kata lain, proporsi alokasi jasa pelayanan yang semakin kecil dibandingkan operasional akan memicu terjadinya sisa lebih dana kapitasi yang semakin besar.

Temuan menarik, beberapa daerah mengalokasikan sisa lebih dana kapitasi untuk tahun berikutnya dengan utuh tanpa membagi lagi berdasarkan sumbernya. Apabila sisa lebih berasal dari sisa operasional, maka sesuai dengan Permenkes No. 21/2016 seharusnya dana tersebut

dialokasikan kembali untuk operasional. Demikian sebaliknya, apabila sisa lebih dana kapitasi bersal dari jasa pelayanan maka dana tersebut dialokasikan pada tahun berikutnya untuk jasa pelayanan<sup>7</sup>. Namun, karena belum ada regulasi jelas di daerah, maka yang menjadi acuan tentu peraturan yang sudah ada sebelumnya. Belum adanya regulasi yang jelas mengatur tentang pengelolaan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi secara rinci menjadikan Puskesmas merasa ragu dan takut, serta tidak tahu bagaimana pemanfaatan dana tersebut. Akibatnya, sisa lebih dana kapitasi tahun 2014 dan 2015 masih menumpuk di rekening Puskesmas. Ketakutan dalam mengelola dan memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi dan anggaran pemerintah secara umum bukan hal yang asing dalam pengelolaan dana pemerintah. Aspek regulasi dan payung hukum merupakan alasan utama yang mendasari. Kumorotomo menyebutkan bahwa ketatnya peraturan terkait pengadaan, semakin gencarnya penegak hukum yang terkadang “mencari-cari” kesalahan prosedur, dan rendahnya kemampuan SDM dalam penganggaran dan pelaksanaan kegiatan mengakibatkan melambatnya pencairan dana APBN maupun APBD. Para pegawai enggan menerima tugas sebagai petugas pengadaan<sup>8</sup>.

Ditinjau dari segi pemanfaatan, wilayah studi yang mana Pemerintah Daerah-nya sudah mengambil kebijakan untuk memperbolehkan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi yang mengacu Peraturan Presiden No. 32/2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik Pemda, mengharuskan Puskesmas membuat perencanaan kembali sebagaimana perencanaan saat pemanfaatan dana kapitasi beserta dengan perkiraan pendapatan lainnya. Proses perencanaan ini dapat terbagi dalam dua jalur, yaitu boleh langsung digunakan sejak awal tahun selanjutnya melalui Rencana Anggaran Bisnis Induk atau harus menunggu adanya Anggaran Perubahan yang pada umumnya mulai direncanakan sejak bulan Juli-Agustus tahun berjalan. Melalui kedua anggaran inilah Puskesmas dapat membawa serta sisa lebih dana kapitasi mereka untuk dapat digunakan. Namun, masing-masing perencanaan anggaran memiliki kelebihan dan kelemahan. Sisa lebih dana kapitasi yang direncanakan dari anggaran induk merupakan estimasi, bukan angka riil sisa lebih dana kapitasi, namun dana tersebut sejak awal tahun sudah dapat dialokasikan bersama dengan perkiraan pendapatan lainnya. Dengan kata lain kesempatan

untuk memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi memiliki waktu yang lebih panjang. Sedangkan jika menggunakan anggaran perubahan, waktu untuk pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi di akhir tahun sangat terbatas.

Kedua perencanaan anggaran ini di sisi lain juga sama-sama dibatasi oleh pagu. Pagu anggaran akan kita temukan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 13/2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan dengan istilah prioritas dan plafon anggaran yang selanjutnya disingkat PPA, yaitu program prioritas dan patokan batas maksimal anggaran yang diberikan kepada SKPD untuk setiap program sebagai acuan dalam penyusunan RKA-SKPD setelah disepakati dengan DPRD. Besaran pagu/batas anggaran berbeda untuk setiap puskesmas, dan tentunya berbeda pula antardaerah. Adanya pagu ini memberikan batasan bagi puskesmas untuk membelanjakan anggaran selama satu tahun berjalan<sup>9</sup>.

Pagu anggaran seringkali dijadikan obyek dalam sebuah politik anggaran pemerintah. Penelitian yang dilakukan Marhaeni dan Herawati<sup>10</sup> menyebutkan pembagian anggaran yang diusulkan lebih banyak diatur oleh DPR. Pengelola program di lingkungan Kementerian Kesehatan seringkali terkaget dengan pagu anggaran definitif yang ditetapkan berubah hampir 90% dari pagu sementara yang diusulkan. Padahal pagu anggaran yang diusulkan oleh Kementerian Kesehatan telah dihitung sesuai dengan formula. Hal ini mengindikasikan bahwa formula yang telah disusun oleh pengelola program tidak mampu mempengaruhi keputusan politik DPR. Konflik kepentingan internal DPR merupakan salah satu pemicu dalam *agenda setting* pagu anggaran ini. Padahal idealnya badan eksekutif seharusnya memiliki sumber daya konstitusional yang lebih besar dari pada badan legislatif. Badan eksekutif harus mampu meyakinkan badan legislatif untuk menyetujui langkah-langkah yang diusulkan apabila langkah tersebut melibatkan proses legislatif<sup>11</sup>.

### **Peluang dan Tantangan Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi**

Tujuan dari adanya dana kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke Puskesmas tidak lain adalah untuk menunjang seluruh kegiatan pelayanan di Puskesmas yang diharapkan dapat berdampak pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Namun, dari hasil kajian diketahui bahwa ternyata dalam pemanfaatan dana kapitasi itu sendiri masih memiliki kendala. Diketahui

bahwa masih terdapat kesenjangan antar jenis dan geografis Puskesmas. Ketimpangan rasio dokter terhadap peserta, rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan masih terjadi antara Puskesmas perkotaan dan pedesaan dan Puskesmas BLUD dan Non-BLUD. Selain itu, sebagian besar Puskesmas memiliki rasio utilisasi, angka kontak, dan rasio rujukan non-spesialistik yang belum mencapai zona aman. Rendahnya capaian indikator pemenuhan komitmen pelayanan ini yang akhirnya juga akan memicu besarnya sisa lebih dana kapitasi.

Besarnya sisa lebih dana kapitasi dalam penelitian yang dipicu oleh rendahnya capaian indikator pemenuhan komitmen pelayanan ini analog dengan penelitian Kumorotomo<sup>12</sup> yang menyebutkan bahwa Besaran SILPA yang meningkat dari tahun ke tahun mengindikasikan rendahnya komitmen para pelaksana program dalam melaksanakan anggaran publik. Oleh karena itu, strategi pembiayaan berbasis kinerja memang perlu dilakukan agar memberikan dampak terhadap perbaikan kesehatan, sebagaimana pengalaman Kamboja yang berhasil menurunkan angka kematian neonatal dengan menerapkan *performance-based financing* selama 1999-2010<sup>12</sup>. Pembiayaan berbasis kinerja gencar dilakukan oleh negara berkembang dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Isu buruknya akuntabilitas, rendahnya capaian kinerja, dan tingginya absensi mendasari dicanangkannya *performance-based financing*<sup>13,14</sup>.

Kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai sistem yang diberlakukan oleh BPJS Kesehatan per 1 Agustus 2015 merupakan sistem kendali mutu pelayanan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan jaminan kesehatan<sup>15</sup>. Berdasarkan hasil penelitian ini, indikator pemenuhan komitmen pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat ditingkatkan dengan mempertimbangkan beberapa variabel yang secara statistik memiliki keterkaitan yaitu aspek kepesertaan, besaran kapitasi dan non-kapitasi, alokasi jasa pelayanan, rasio dokter terhadap peserta, beban kerja, dan sumber penerimaan Puskesmas selain JKN. Selain itu, kondisi geografis dan waktu pelayanan juga merupakan aspek yang perlu diperhatikan dalam mengintervensi variabel komitmen pelayanan berdasarkan aspek-aspek tersebut. Sehingga,

dengan melakukan intervensi terhadap variabel tersebut maka secara tidak langsung akan turut menurunkan besarnya sisa lebih dana kapitasi yang belum dimanfaatkan oleh Puskesmas.

Kendala utama pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi adalah belum adanya landasan kebijakan pada tahun 2014 dan 2015 yang secara rinci mengatur pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Sebenarnya dalam Peraturan Presiden No. 32/2014 pada pasal 7 ayat 3 sudah terdapat klausul bahwa dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya<sup>3</sup>. Namun, pernyataan ini dirasa masih terlalu umum bagi daerah untuk mengatur bagaimana mekanisme pengelolaan sisa lebih dana kapitasi yang tepat. Dengan kata lain, perlu ada acuan untuk petunjuk teknis dalam pengelolaan dan pemanfaatan sisa lebih dana kapitasi.

Meskipun dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 21/2016 sisa lebih dana kapitasi dapat lebih leluasa untuk digunakan, namun di daerah harus tetap menunggu adanya Perda yang mengadopsi Permenkes No. 21/2016. Regulasi pusat tidak dapat langsung diterapkan di daerah tanpa melalui Peraturan Daerah setempat. Sesuai dengan teori jenjang norma hukum yang dikemukakan oleh Hans Kelsen, norma hukum merupakan aturan yang berjenjang dan berlapis dalam suatu hierarki tata susunan. Norma yang lebih rendah berlaku, bersumber, dan berdasar pada norma yang lebih tinggi, sedangkan norma yang lebih tinggi berlaku, bersumber, dan berdasar pada norma yang lebih tinggi lagi dan seterusnya hingga berakhir pada suatu norma yang tidak dapat ditelusuri lebih lanjut lagi, atau disebut sebagai norma dasar<sup>16</sup>.

Terkait dengan aspek kekuatan hukum Peraturan Menteri Kesehatan, Saraswati<sup>16</sup> berpendapat bahwa peraturan menteri merupakan peraturan pusat yang harus dijadikan dasar hukum bagi pembentukan peraturan yang ada di daerah. Meskipun secara hierarkis Permenkes tidak masuk dalam tata urutan peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur dalam UU No. 12/2011, peraturan menteri diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan<sup>17</sup>. Oleh sebab itu, Permenkes terkait pengelolaan dana kapitasi merupakan kerangka acuan bagi daerah untuk membuat peraturan yang mempunyai kekuatan hukum yang mengikat sesuai dengan hierarki perundang-undangan.

Selain dari aspek regulasi, dalam kajian ini ditemukan adanya kemungkinan potensi kendala dari sisi mekanisme keuangan daerah. Selama ini sebagian besar puskesmas harus menunggu adanya anggaran perubahan untuk memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi. Sedangkan di sisi lain, pemanfaatan dana dalam anggaran perubahan memiliki waktu yang sangat sempit di akhir tahun. Hal ini menyebabkan sisa lebih dana kapitasi masih belum dapat terserap secara optimal dan menjadi sisa kembali di tahun selanjutnya. Selain itu, mekanisme keuangan daerah memiliki sistem pagu anggaran yang sampai dengan saat ini sebagian besar daerah belum mengikutsertakan potensi sisa lebih dana kapitasi. Berdasarkan permasalahan ini, daerah memiliki peluang untuk dapat memonitor dan menilai sistem penyaluran dana untuk mengoptimalkan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi, apakah sisa lebih dana kapitasi harus tetap mengikuti mekanisme APBD ataukah tidak. Dengan atau tanpa mekanisme APBD, tentunya daerah harus sama-sama memiliki komitmen untuk dapat memperhitungkan kondisi keuangan sisa lebih dana kapitasi di Puskesmas.

Isu lain yang juga menjadi tantangan pengelolaan sisa lebih dana kapitasi adalah sumber daya manusia. Aspek sumber daya manusia merupakan faktor yang turut berperan dalam terjadinya sisa lebih dana kapitasi. Masalah SILPA juga menunjukkan bahwa kemampuan sumberdaya manusia terkadang tidak didukung oleh sikap profesionalisme aparat publik yang memadai<sup>8</sup>. Staf Puskesmas tidak seluruhnya memahami tentang mekanisme pengelolaan kapitasi secara komprehensif, apalagi aspek keuangannya. Latar belakang pendidikan yang sebagian besar adalah dari ilmu klinis dan kesehatan dirasa memerlukan penyesuaian terhadap aspek manajemen dan administrasi. Kurangnya ketrampilan manajerial SDM di fasilitas pelayanan kesehatan terutama pada *middle management* bukan merupakan hal baru. Kondisi ini sejalan dengan penelitian Meissner dan Radford yang menyatakan bahwa salah satu isu utama yang perlu diperhatikan dalam industri pelayanan kesehatan adalah lemahnya aspek manajerial dan *leadership*, terutama pada level *middle management*<sup>18</sup>. Program pengembangan kapasitas lebih diarahkan pada peningkatan *skill* klinis dari pada *skill* manajerial. Sehingga akan sering dijumpai petugas pelayanan kesehatan mengalami kesulitan dalam aspek manajemen dan administrasi, tak terkecuali pada proses perencanaan dan penganggaran sebagai bagian dari siklus manajemen.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Perencanaan, penganggaran, dan pencairan sisa lebih kapitasi mengikuti mekanisme APBD baik induk maupun perubahan, sehingga tidak dapat digunakan secara langsung oleh Puskesmas tanpa pengajuan, rekonsiliasi, dan pengesahan dokumen anggaran dari Pemda. Walaupun demikian, sebagian besar Puskesmas belum mengelola sisa lebih kapitasi karena belum terdapat Perda dan pedoman teknis pelaksanaan. Selain perlu adanya evaluasi *fund channeling*; penguatan regulasi sebaiknya juga diikuti dengan optimalisasi peran BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan stakeholder lainnya untuk mendukung penerapan *strategic purchasing*. Beberapa aspek yang memicu terjadi sisa lebih dana kapitasi antara lain alokasi pemanfaatan dana kapitasi, distribusi kepesertaan dan aspek geografis. Selain itu terdapat variabel lain yang turut berkorelasi terhadap sisa lebih kapitasi, yaitu waktu pelayanan, rasio dokter terhadap peserta, angka kontak, dan total penerimaan Puskesmas berdasarkan sumber dana. Oleh karena itu, variabel tersebut patut menjadi bagian dari intervensi, terlebih variabel tersebut juga turut berkorelasi dengan capaian indikator kinerja dan komitmen pelayanan.

## REFERENSI

1. Kurniawan MF, Siswoyo BE, Mansur F, Aisyah W, Revelino D, Gadistina W. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia). *J Kebijakan Kesehat Indones*. 2016;05(03):122–31.
2. Komisi Pemberantasan Korupsi. KPK Temukan 4 Kelemahan Pengelolaan Dana Kapitasi [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 15]. Available from: <http://www.kpk.go.id/id/berita/siaran-pers/2440-kpk-temukan-4-kelemahan-pengelolaan-dana-kapitasi#>
3. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81 Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia; 2014.
4. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia; 2014.
5. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016 [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015. Available from: <http://depkes.go.id/index.php?vw=2&id=SNR.13100003>
6. Rumbay IN, Kandou GD, Soleman T. Analisis Perencanaan Obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jikmu*. 2015;5(2b):469–78.
7. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 761 Indonesia: Direktur Jenderal Peraturan Perundang-undangan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia; 2016.
8. Kumorotomo W. Akuntabilitas Anggaran Publik: Isu Politik, Prioritas Belanja, dan SILPA dalam Alokasi APBD di Beberapa Daerah. *J JIANMaP*. 2011;1(1):1–22.
9. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah. Indonesia: Menteri Dalam Negeri; 2006.
10. Marhaeni D, Herawati D. Politik Anggaran di Sektor Kesehatan. *Semin Nas Kebijak Kesehat Indones*. 2016;
11. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. *Making Health Policy*. London: Open University Press; 2005. 1-175 p.
12. Poel E Van De, Flores G, Ir P, O'Donnell O. Impact of Performance-Based Financing in a Low-Resource Setting: a Decade of Experience in Cambodia. *Health Econ*. 2016;25(6):688–705.
13. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ*. 2011;89(2):153–6.
14. Gertler P, Vermeersch C. Using performance incentives to improve health outcomes. *World Bank Policy Res Work ... [Internet]*. 2012;(140).

- Available from: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2089240](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2089240)
15. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1094 Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia; 2015 p. 1–32.
  16. Saraswati R. Problematika Hukum Undang-undang No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Yustitia. 2013;87(September - Desember):97–103.
  17. Republik Indonesia. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia; 2011.
  18. Meissner E, Radford K. Importance and performance of managerial skills in the Australian aged care sector - a middle managers' perspective. J Nurs Manag. 2015;23(6):784–93.