

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menetapkan program JKN sebagai salah satu program jaminan sosial dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). JKN adalah suatu program pemerintah dalam bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) ditujukan kepada masyarakat Indonesia dengan tujuan memberikan jaminan perlindungan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Program JKN adalah salah satu upaya pemerintah untuk mewujudkan masyarakat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

Setiap masyarakat Indonesia wajib ikut serta menjadi peserta dalam program JKN. Keikutsertaan masyarakat dapat dilakukan dengan cara mendaftarkan diri pada BPJS Kesehatan baik melalui kantor BPJS Kesehatan, website, dan atau media pendaftaran lainnya. Setelah mendaftarkan diri, berdasarkan Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 peserta program JKN wajib membayar iuran sesuai ketentuan setiap bulan secara rutin dan berhak menentukan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai keinginan.

2.1.2 Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Dalam penyelenggaraan program JKN, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas penyelenggara pelayanan kesehatan. Selain itu Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus memberikan kesempatan kepada fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta untuk ikut berperan dalam memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan penyelenggara pelayanan kesehatan. Pemberian pelayanan program JKN hanya dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang memenuhi persyaratan dan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan membuat perjanjian tertulis.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan program JKN dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas penyelenggara pelayanan Kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan program JKN terdiri atas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Pelayanan kesehatan tingkat pertama dilaksanakan di FKTP tempat peserta terdaftar. Bentuk FKTP meliputi puskesmas, praktek dokter, praktek dokter gigi, klinik pratama atau setara, dan Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Manfaat yang diberikan kepada pesertanya dalam program JKN berupa pelayanan kesehatan perorangan yang terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis yang bersifat komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif), dan pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan medis yang diperlukan. Pelayanan Kesehatan yang dijamin dalam program JKN meliputi:

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pelayanan promotif dan preventif
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 - h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi
2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
 - a. Rawat jalan yang meliputi :
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis
 - c) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - f) Rehabilitasi medis
 - g) Pelayanan darah
 - h) Pelayanan jenazah yang meninggal di Faskes
 - i) Pelayanan keluarga berencana
 - j) Perawatan inap non intensif

- k) Perawatan inap intensif
- b. Alat kesehatan yang dijamin adalah alat kesehatan yang digunakan dalam proses penyembuhan.
- c. kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- d. Pelayanan ambulans darat atau air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.

Manfaat yang diberikan oleh fasilitas kesehatan meliputi:

1. Manfaat Pelayanan promotif dan preventif meliputi :
 - a. Penyuluhan kesehatan perorangan
 - b. Imunisasi rutin
 - c. Keluarga berencana
 - d. Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu
 - e. Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis
2. Manfaat non medis berupa akomodasi pelayanan rawat inap
3. Manfaat obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan program JKN berpendoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri dengan membentuk komite nasional. Komite kesehatan terdiri atas Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BPJS Kesehatan, organisasi profesi, perguruan tinggi, dan tenaga ahli. Penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis

habis pakai sesuai ketentuan yang tercantum dalam formularium nasional atau kompendium alat kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin dalam program JKN meliputi:

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja
4. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri
5. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetika
6. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas
7. Pelayanan meratakan gigi
8. Gangguan kesehatan akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol
9. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
10. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, sinse, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (Health Technology Assessment)
11. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen)
12. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu
13. Perbekalan kesehatan rumah tangga

14. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah

Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan.

2.1.3 Sistem Pembayaran Kapitasi

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada penyelenggaraan Program JKN, BPJS Kesehatan menerapkan sistem pembayaran kapitasi. Penerapan sistem pembayaran kapitasi adalah bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan di FKTP. Penerapan kapitasi hanya berlaku pada FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan kecuali FKTP yang berada di wilayah sulit maka dapat melakukan kesepakatan tersendiri bersama BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan wilayah.

Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Bendahara Dana Kapitasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana kapitasi yang telah diterima oleh FKTP dapat dimanfaatkan untuk biaya operasional dan sekurang-kurangnya 60% digunakan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan.

Sistem kapitasi yang diterapkan adalah kapitasi berbasis komitmen pelayanan atau KBK. Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi yang berdasarkan hasil penilaian capaian indikator

pelayanan kesehatan perorangan yang disepakati berupa hasil kinerja FKTP yang disepakati dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan pada FKTP telah dilaksanakan secara bertahap sejak tahun 2016 yaitu pada Puskesmas di wilayah Ibukota Provinsi, pada tahun 2017 yaitu pada seluruh Puskesmas dan FKTP non Puskesmas milik Pemerintah yang memenuhi syarat, dan pada tahun 2018 dilaksanakan oleh seluruh FKTP yang telah memenuhi syarat sesuai ketentuan berdasarkan Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 dan Nomor 02 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Pada tahun 2018 berdasarkan hasil evaluasi, dilakukan pengembangan pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan menjadi kapitasi berbasis kinerja yang akan diberlakukan kepada FKTP pembayaran kapitasi berdasarkan pada capaian kinerja FKTP dan memenuhi kriteria telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan minimal satu tahun dan minimal peserta yang terdaftar di FKTP adalah 5000 (lima ribu) peserta. Penerapan pembelajaran KBK pada FKTP dilaksanakan berdasarkan kesepakatan untuk kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di tingkat provinsi. Penyesuaian pembayaran kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan hasil capaian target kinerja FKTP di bulan sebelumnya. Pembayaran kapitasi dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Bendahara Dana Kapitasi FKTP dibayarkan paling lambat tanggal 15 (lima belas) setiap bulan.

Pelaksanaan Pembayaran KBK dinilai berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan No.7 tahun 2019 yaitu pencapaian indikator meliputi:

1. Angka Kontak (AK)

Indikator angka kontak digunakan untuk mengetahui tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan primer di FKTP oleh peserta berdasarkan jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam atau diluar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan. Sumber data yang digunakan dalam perhitungan indikator berasal dari hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan yang dicatat pada aplikasi pencatatan tingkat pertama melalui P-care yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

Perhitungan Indikator Angka kontak dihitung dengan formulasi berikut:

$$AK = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik dilakukan di dalam atau diluar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan. Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan. Bobot indikator angka kontak dalam capaian indikator KBK sebesar 40% (empat puluh persen). Sedangkan target indikator angka kontak dalam KBK sebesar 150%o (seratus lima puluh permil). Bentuk kontak yang terjadi dan dicatat sebagai penilaian berupa:

1) Tempat Kontak

- a) FKTP (Puskesmas Klinik, Dokter Praktek Pratama, RS Kelas D Pratama)
 - b) Jaringan pelayanan Puskesmas (Puskesmas Pembantu, Puskesmas keliling, dan bidan desa)
 - c) Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotek, laboratorium, bidan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya)
 - d) Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Pembina Terpadu (Posbindu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), dan Posyandu Lansia.
 - e) Rumah atau Domisili peserta yang dikunjungi FKTP
 - f) Upaya kesehatan sekolah (UKS)
 - g) Tempat kontak lainnya yang disepakati..
- 2) Jenis Pelayanan
- a) Kunjungan sakit
 - i. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, dan pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 - ii. Pelayanan tindakan medis non spesialisik dan pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
 - iii. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal, sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
 - iv. Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum melakukan rujukan.
 - v. Kunjungan rumah pasien sakit
 - vi. Pelayanan kasus medis rujukan balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

- b) Kunjungan sehat
 - i. Pelayanan imunisasi
 - ii. Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok
 - iii. Pemeriksaan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KB)
 - iv. Kunjungan rumah
 - v. Senam sehat.

Rating kriteria penilaian pembayaran KBK berdasarkan capaian target indikator kinerja dibagi menjadi 4 sebagai berikut:

- 1) Rating 1 apabila capaian angka kontak $\leq 140\%$
- 2) Rating 2 apabila capaian angka kontak $> 140\% - 145\%$
- 3) Rating 3 apabila capaian angka kontak $> 145\% - < 150\%$
- 4) Rating 4 apabila capaian angka kontak $\geq 150\%$

2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik digunakan untuk mengetahui sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya serta digunakan untuk mengukur mutu pelayanan di FKTP. Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan FKTP ke FKRTL dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundangan. Sumber data yang digunakan dalam perhitungan indikator berasal dari hasil pencatatan rujukan peserta FKTP ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

Perhitungan Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik dihitung dengan formulasi berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100\%$$

Perhitungan RRNS adalah perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialisik dengan jumlah seluruh rujukan di FKTP dilakukan 100%. Bobot indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik dalam capaian indikator KBK sebesar 50% (lima puluh persen). Sedangkan target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik dalam KBK paling besar adalah 2% (dua persen). Rating kriteria penilaian pembayaran KBK berdasarkan capaian target indikator kinerja dibagi menjadi 4 sebagai berikut:

- 1) Rating 1 apabila capaian RRNS > 3%
- 2) Rating 2 apabila capaian RRNS > 2,5% - 3%
- 3) Rating 3 apabila capaian RRNS > 2% - 2,5%
- 4) Rating 4 apabila capaian RRNS ≤ 2%

3. Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali digunakan untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa pasien Diabetes Melitus tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi Esensial (HT). Sumber data yang digunakan dalam perhitungan indikator berasal dari hasil pencatatan pemantauan kadar gula darah puasa dan tekanan darah pasien pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan. Penjaminan pelayanan pemeriksaan kadar gula darah puasa dan pengelolaan peserta prolanis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Perhitungan Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali dihitung dengan formulasi berikut:

$$RPPT = \frac{\text{Rasio prolanis DM terkendali} + \text{Rasio Prolanis HT terkendali}}{2}$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah penjumlahan Rasio prolanis DM terkendali dengan Rasio Prolanis HT terkendali dibagi 2 (dua).

RPPT DM

$$= \frac{\text{jumlah peserta prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM adalah perbandingan antara jumlah peserta prolanis DM terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM dikali 100% (seratus persen).

RPPT HT

$$= \frac{\text{jumlah peserta prolanis HT terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali HT adalah perbandingan antara jumlah peserta prolanis HT terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT dikali 100% (seratus persen). Bobot indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali dalam capaian indikator KBK sebesar 10% (sepuluh persen). Sedangkan target indikator Rasio Rasio Peserta Prolanis Terkendali dalam KBK paling besar adalah 5% (lima persen). Rating kriteria penilaian pembayaran KBK berdasarkan capaian target indikator kinerja dibagi menjadi 4 sebagai berikut:

- 1) Rating 1 apabila capaian RPPT < 3%
- 2) Rating 2 apabila capaian RPPT 3% - <4%
- 3) Rating 3 apabila capaian RPPT 4% - <5%
- 4) Rating 4 apabila capaian RPPT \geq 5%

Penilaian capaian pembayaran KBK dilakukan berdasarkan perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan rating kriteria penilaian capaian kinerja.

Sedangkan besar pembayaran kapitasi pada FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian per masing-masing indikator dengan ketentuan sebagai berikut:

1. FKTP Puskesmas

- a. Apabila total nilai capaian KBK mencapai 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- b. Apabila total nilai capaian KBK mencapai 3 - <4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- c. Apabila total nilai capaian KBK mencapai 2 - <3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan
- d. Apabila total nilai capaian KBK mencapai 1 - <2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85% (delapan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan

2. FKTP Klinik Pratama dan RS D Pratama

- a. Apabila total nilai capaian KBK mencapai 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- b. Apabila total nilai capaian KBK mencapai 3 - <4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 97% (sembilan puluh tujuh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- c. Apabila total nilai capaian KBK mencapai $2 < 3$, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 96% (sembilan puluh enam persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan
- d. Apabila total nilai capaian KBK mencapai $1 < 2$, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% ((sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan

Tabel 2.1 Penilaian Pembayaran KBK

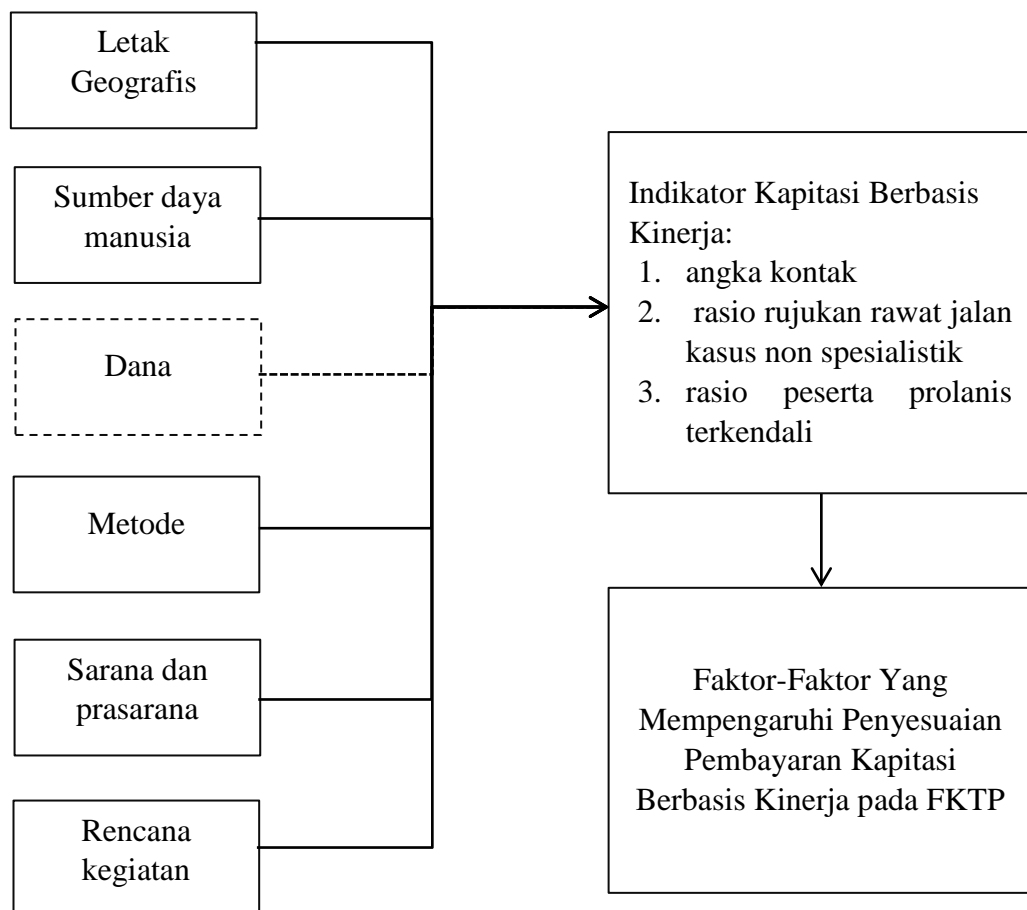
No	Indikator Kinerja	Bobot	target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
				Rating	Deskripsi	
				a	b	
1	Angka Kontak	40%	$\geq 150\%$	4	$\geq 150\%$	1,6
				3	$> 145\% - < 150\%$	1,2
				2	$> 140\% - 145\%$	0,8
				1	$\leq 140\%$	0,4
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	$\leq 2\%$	4	$\leq 2\%$	2
				3	$> 2\% - 2,5\%$	1,5
				2	$2,5\% - 3\%$	1
				1	$> 3\%$	0,5
3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali	10%	$\geq 5\%$	4	$\geq 5\%$	0,4
				3	$4\% - < 5\%$	0,3
				2	$3\% - < 4\%$	0,2
				1	$< 3\%$	0,1

Tabel 2.2 Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian Pembayaran KBK

Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
	Puskesmas	Klinik Pratama & RS D Pratamma
4	100%	100%
3 - <4	95%	97%
2 - <3	90%	96%
1 - <2	85%	95%

2.2 Kerangka Teori

Penelitian ini merupakan studi literatur faktor-faktor yang mempengaruhi penyesuaian pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada FKTP berdasarkan artikel penelitian sebelumnya yang sesuai dengan topik penelitian. Faktor penelitian yang diamati meliputi letak geografi, sumber daya manusia, metode, rencana kegiatan, dan sarana prasarana. Dari kelima faktor ini peneliti meneliti faktor yang dapat mempengaruhi capaian indikator yang digunakan dalam penyesuaian pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada FKTP melalui jurnal yang telah dikumpulkan. Berikut adalah kerangka konsep penelitian:



Gambar 2.2.1 Kerangka Konsep Penelitian

————— : Variabel yang diteliti

----- : Variabel yang tidak diteliti

Kapitasi adalah besaran pembayaran yang dibayarkan BPJS Kesehatan perbulan yang dilakukan dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pembayaran Kapitasi berbasis kinerja adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perorangan yang disepakati berupa hasil kinerja FKTP dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

Untuk mendapatkan besaran tarif berdasarkan pelayanan terdapat tiga indikator yang harus dipenuhi dan dicapai oleh FKTP meliputi angka kontak, rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik, dan rasio peserta prolans terkendali. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan studi literatur tentang faktor-faktor letak geografi, sumber daya manusia, metode, rencana kegiatan, dan sarana prasarana yang mempengaruhi terhadap pencapaian indikator dalam penyesuaian pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada FKTP. Letak geografi yang diteliti adalah keberadaan dan jarak FKTP dengan FKRTL rujukan. Sumber daya manusia yang diteliti meliputi tenaga kesehatan FKTP. Metode yang diteliti adalah metode yang digunakan FKTP dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan selain peraturan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah, BPJS Kesehatan, dan Dinas di wilayah kerja FKTP. Rencana kegiatan yang diteliti adalah rencana yang dibuat oleh FKTP dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Sarana prasarana yang diteliti meliputi alat kesehatan yang menunjang pemberian pelayanan kesehatan.