

---

# Kajian Sistematis: Perkembangan Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Penyesuaian Risiko di Berbagai Negara

## *The Development of Risk-Adjusted Capitation Payment System in Several Countries: A Systematic Review*

**Aulia Agustina<sup>1</sup>, Budi Hidayat<sup>2</sup>, Pandujiwo Noormandi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>2</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>3</sup>Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Korespondensi: Aulia Agustina  
E-mail: aulia.agustina01@ui.a.cid

### **Abstrak**

Kapitasi merupakan salah satu metode pembayaran yang dilakukan kepada penyedia layanan kesehatan primer. Penerapan kapitasi yang tidak berdasarkan penyesuaian risiko dapat menimbulkan dampak negatif. Terdapat beberapa bentuk penyesuaian risiko terhadap pembayaran kapitasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan sistem pembayaran kapitasi dengan penyesuaian risiko pada pelayanan primer yang digunakan di beberapa negara. Penyusunan kajian sistematis ini menggunakan metode PRISMA. Kajian sistematis dilakukan dengan mengambil artikel dari tiga online database yaitu Pubmed, EBSCOhost Medline, dan Scopus. Dari 212 artikel yang diperoleh, terdapat 7 artikel yang memenuhi kriteria untuk dikaji lebih lanjut. Kajian sistematis difokuskan pada model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko. Didapatkan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko dari yang sederhana hingga yang kompleks. Kesimpulan dari kajian sistematis ini yaitu faktor risiko yang paling sering dipakai adalah usia dan jenis kelamin. Model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko terus mengalami perkembangan sehingga penting untuk melakukan pembaharuan dan penyesuaian secara berkala. Dengan melihat berbagai kelebihan yang ada dalam penerapan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko tersebut, dapat menjadi acuan bagi negara yang ingin mendapatkan formulasi kebijakan kapitasi dengan penyesuaian risiko yang paling tepat untuk diterapkan sesuai dengan kondisi masing-masing negara.

Kata kunci: pelayanan primer, kapitasi, penyesuaian risiko

### **Abstract**

*Capitation is a payment method to primary health care providers. The application of capitation without considering risk adjustment could have a negative impact. There are several models of risk adjustment capitation payments. This study aims to review the development of the capitation payment system with risk adjustment for primary care in several countries. This study used the PRISMA method and got the articles from three online databases, namely Pubmed, EBSCOhost Medline, and Scopus. A total of 212 articles were collected, and 7 articles meet the criteria for further review. The review focuses on the risk-adjusted capitation payment system model. The results obtained that the risk-adjusted capitation payment system model is vary from simple to complex. The most frequently used risk factors were age and gender. The risk-adjusted capitation payment system model continues to develop, it is important to carry out periodic updates and adjustments. Various benefit from the implementation of the risk-adjusted capitation payment system model can be a reference for countries to get an appropriate risk-adjusted capitation policy formulation to be applied which proper to the conditions of each country*

*Keywords: primary care, capitation, risk-adjusted, risk-adjustment*

---

## Pendahuluan

Sistem pembayaran kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan di muka kepada penyedia layanan dengan tarif yang telah ditetapkan dalam menyediakan paket pelayanan yang ditentukan untuk setiap individu terdaftar pada *provider* (penyedia pelayanan) untuk periode tertentu (Langenbrunner, O'Duagherty and Cashin, 2009). Sistem pembayaran kapitasi berbasis *output*, dan unit *output* adalah cakupan semua layanan yang telah ditetapkan untuk seorang individu untuk jangka waktu tertentu, biasanya satu bulan atau satu tahun. Prinsip utamanya adalah pembayaran kepada penyedia tidak terkait dengan *input* yang digunakan penyedia atau volume layanan disediakan. Oleh karena itu, beberapa risiko dialihkan dari pembeli ke pemberi layanan. Jika penyedia layanan mengeluarkan biaya yang lebih besar dari anggaran per kapita, maka penyedia layanan yang menanggung risikonya (Langenbrunner, O'Duagherty and Cashin, 2009).

Penerapan kapitasi yang tidak berdasarkan penyesuaian risiko berpotensi menyebabkan penyedia layanan mengurangi pengeluaran biaya yang digunakan per individu dalam cakupan kapitasi karena mereka tidak menerima tambahan biaya untuk melakukan peningkatan layanan. Beberapa kemungkinan yang dapat terjadi antara lain dengan mengurangi pengeluaran guna menyediakan tingkat layanan dan kualitas yang sama, dengan mengalihkan layanan ke usaha promotif dan preventif yang lebih murah untuk mengurangi kebutuhan pelayanan kuratif yang lebih mahal, atau dengan mengurangi kualitas pelayanan. Banyaknya variasi risiko kesehatan yang ada menyebabkan pentingnya pengelompokan risiko untuk menentukan nilai kapitasi (Zahroh *et al.*, 2019). Dibutuhkan beberapa bentuk penyesuaian risiko terhadap sistem pembayaran kapitasi untuk memberikan kompensasi kepada penyedia layanan terhadap variasi kebutuhan kesehatan yang dapat diprediksi di berbagai kelompok populasi, seperti faktor risiko berdasarkan kelompok usia dan jenis

kelamin (Langenbrunner, O'Duagherty and Cashin, 2009). Namun pada kenyataannya, hingga tahun 2021 beberapa negara termasuk Indonesia belum menerapkan kapitasi dengan penyesuaian risiko.

Tarif kapitasi di Indonesia dibayar di muka setiap bulannya oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Pada tahun 2016, pembayaran kapitasi dilakukan dalam bentuk kapitasi berbasis komitmen pelayanan pada Puskesmas di wilayah Ibukota Provinsi, selanjutnya dilakukan terhadap seluruh Puskesmas dan FKTP non Puskesmas milik Pemerintah di tahun 2017 dan pada tahun 2018 dilakukan terhadap seluruh FKTP yang telah memenuhi syarat (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada FKTP, Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja yang selanjutnya disebut dengan Pembayaran KBK adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa hasil kinerja FKTP. Pelaksanaan Pembayaran KBK dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi: Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Hasil evaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan tahun 2018, menunjukkan perlunya perbaikan pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan. Khususnya terkait indikator yang digunakan dalam penilaian komitmen pelayanan dan ketentuan penyesuaian kapitasi atas capaian penilaian komitmen pelayanan (BPJS Kesehatan, 2019). Pada kebijakan saat ini, apabila indikator kinerja

---

Pembayaran KBK terpenuhi semua, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan. Sedangkan jika belum memenuhi semua capaian target, besaran tarif kapitasi akan lebih rendah dari standar tarif kapitasi minimal yang telah ditetapkan. Bertolak belakang dengan hal tersebut, kinerja FKTP yang mampu melebihi total nilai capaian yang ada, tidak diimbangi dengan pemberian pembayaran kapitasi yang lebih besar.

Walaupun Pembayaran KBK telah diterapkan di Indonesia, namun tanpa adanya penyesuaian faktor risiko, maka akan tetap ada kecenderungan pembayaran kapitasi yang tidak mencapai ekuitas. Tanpa penyesuaian risiko dalam menentukan biaya pelayanan kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan cenderung dibayar tidak sesuai dengan yang mereka lakukan (Zahroh *et al.*, 2019). Sikap petugas fasilitas kesehatan terutama untuk fasilitas kesehatan milik swasta dapat dipengaruhi oleh besaran pembayaran kapitasi maupun *Casemix Based Groups (CBG)* yang belum sesuai. Sehingga sistem pembayaran akan berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan. Distribusi peserta dan pembayaran kapitasi juga harus diatur secara khusus di beberapa daerah terpencil (Thabrany, 2018). Dari hasil penelitian Kurnia dan Nurwahyuni (2015) dikatakan bahwa jika tarif kapitasi tidak berdasarkan usia, maka total dana kapitasi yang diterima fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan besaran tarif kapitasi yang seharusnya. Hal tersebut terjadi karena masing-masing FKTP memiliki distribusi peserta yang berbeda (Kurnia and Nurwahyuni, 2015). Hidayat *et al.* (2018) menyampaikan bahwa perhitungan tarif kapitasi juga perlu mempertimbangkan faktor lain yang mempengaruhi, antara lain faktor risiko (usia dan jenis kelamin peserta), karakteristik peserta, risiko kapasitas FKTP, dan risiko lainnya. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan sistem pembayaran kapitasi dengan penyesuaian risiko pada pelayanan

primer yang digunakan di beberapa negara beserta masing-masing kelebihanannya, sehingga dapat menjadi rujukan bagi negara-negara lain termasuk Indonesia dalam mengembangkan dan menyempurnakan sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko agar ekuitas dalam pembayaran kapitasi dapat tercapai.

## Metode Penelitian

### *Strategi Pencarian*

Penelitian ini mengikuti ketentuan yang ada pada *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Beberapa jurnal ilmiah yang disajikan pada metode ini didapatkan dari *online database* Pubmed, EBSCOhost Medline, dan Scopus. Kata kunci pencarian yang digunakan adalah *(Primary Care) AND (Capitation) AND ((Risk Adjusted) OR (Risk Adjustment))*. Artikel yang didapat harus memiliki kriteria diterbitkan pada tahun 2011 hingga 2021, menggunakan bahasa Inggris, dan tersedia dalam bentuk *full paper*. Pengumpulan artikel dilakukan dengan menggunakan aplikasi *Mendeley Desktop*.

### *Kriteria Khusus*

Seleksi lebih lanjut dilakukan terhadap artikel yang didapatkan menggunakan metode kerangka kerja PICOS (*Population, Intervention, Comparator, Outcome, and Study Design*).

1. *Population*: Populasi pada penelitian ini lebih menitikberatkan kepada yang berkaitan dengan Pelayanan Primer.
2. *Intervention*: Intervensi pada penelitian ini fokus terhadap sistem pembayaran kapitasi.
3. *Comparator*: Tidak ada pembandingan dari penelitian ini, karena fokus kepada perkembangan sistem pembayaran kapitasi yang dilakukan dengan penyesuaian risiko.
4. *Outcome*: Keluaran dari penelitian ini adalah sistem kapitasi dengan penyesuaian risiko yang digunakan oleh masing-masing negara.
5. *Study Design*: Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif yang menjelaskan

penggunaan sistem pembayaran kapitasi dengan penyesuaian risiko di suatu negara beserta keuntungan dan kekurangannya.

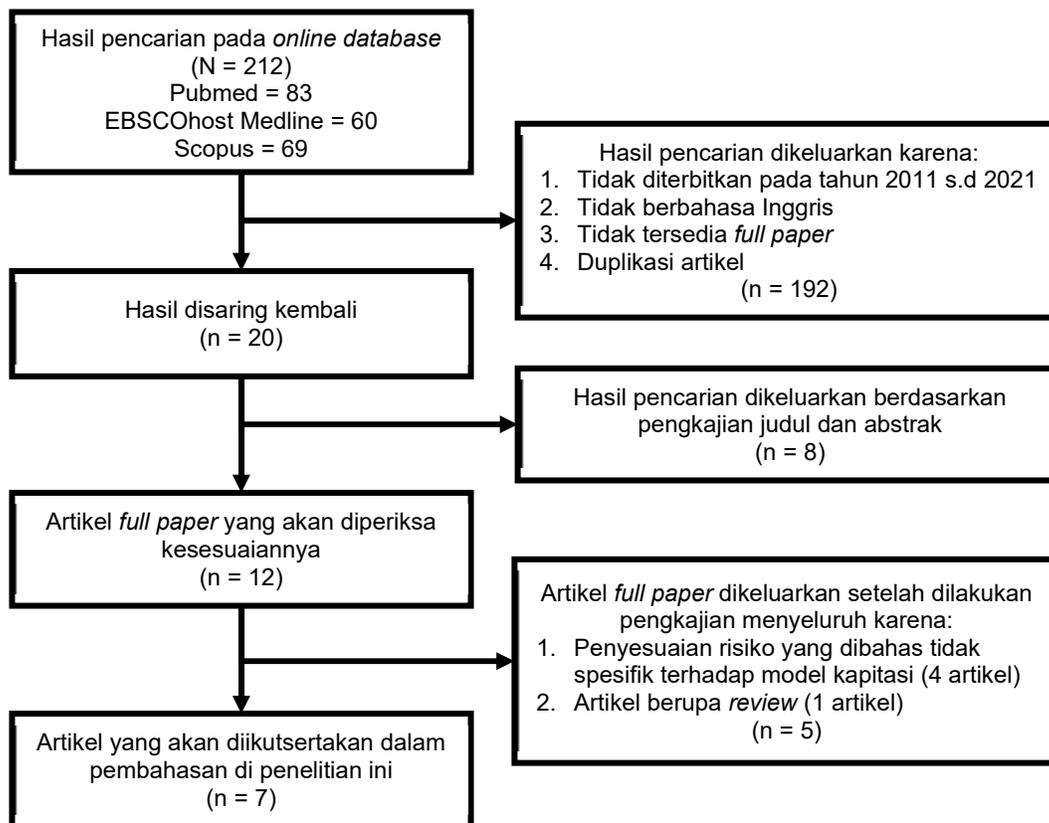
### Seleksi Artikel

Duplikasi artikel yang ada pada tiga *online database* kemudian dikeluarkan. Aplikasi *Mendeley Desktop* digunakan untuk membantu melakukan penghapusan duplikasi tersebut. Artikel yang tidak tersedia *full paper* juga dikeluarkan dari penelitian ini. Judul dan abstrak kemudian dipelajari lebih lanjut oleh dua penulis untuk mengeluarkan artikel yang tidak sesuai dengan penelitian ini. Artikel *full paper* yang tersisa dan sesuai kriteria ditelusuri lebih lanjut dan kemudian dianalisis dengan pengkajian secara sistematis.

### Hasil

Pencarian yang dilakukan pada bulan Juni tahun 2021 menghasilkan sebanyak 212 artikel. Setelah melakukan penyaringan tahun diterbitkan, penggunaan bahasa Inggris, ketersediaan *full paper*, dan duplikasi yang ada, didapatkan 20 artikel untuk pengkajian judul dan abstrak. Setelah dilakukan pengkajian judul dan abstrak, didapatkan sebanyak 12 artikel yang akan dilanjutkan pengkajian keseluruhan penulisan artikel tersebut. Proses ini mendapatkan 5 artikel tidak sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga terdapat 7 artikel yang akan dilakukan pembahasan lebih mendalam. Skema pengkajian berdasarkan PRISMA dapat dilihat pada Gambar 1.

Gambar 1. Diagram PRISMA



Tim peneliti mencoba untuk mengklasifikasikan hasil artikel ke dalam periode waktu dan regional wilayah. Artikel yang sesuai dengan kriteria yang dipersyaratkan yaitu sejumlah 7 artikel dengan rentang periode terbit berkisar antara tahun 2012 – 2019. Adapun negara mayoritas yang menjadi unit penilaian

dalam hasil penelitian ini adalah negara-negara dari benua Amerika dan Eropa. Iran menjadi satu-satunya negara yang mewakili benua Asia. Secara lebih lanjut hasil penelitian disajikan dalam bentuk matriks dan dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1. Matriks Publikasi Model Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Penyesuaian Risiko**

No	Penulis	Judul	Negara Tahun	Desain Penelitian	Tujuan Penelitian	Model Sistem	Hasil
						Pembayaran Kapitasi Berbasis Penyesuaian Risiko	
1	Ash dan Ellis	<i>Risk-adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care</i>	Amerika Serikat 2012	<i>Cross sectional</i>	Menunjukkan kelayakan penilaian kinerja yang disesuaikan dengan risiko, dan hal-hal penting yang mempengaruhi hal tersebut.	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi dipengaruhi oleh faktor yang ada pada model <i>Primary Care Activity Level</i> (PCAL) yaitu: Usia; Jenis Kelamin; dan Diagnosis berbasis klaim.	Sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko menggunakan <i>Primary Care Activity Level</i> (PCAL) dengan tambahan kriteria risiko diagnosis berbasis klaim dinilai merupakan permulaan yang "cukup baik" dalam memberikan insentif bagi penyedia layanan.
2	Dahroug e et al.	<i>Delivery of primary</i>	Ontario, Kanada 2013	<i>Cross sectional</i>	Menilai kesetaraan	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi	Sistem pembayaran

		<i>health care to persons who are socio-economically disadvantaged : does the organizational delivery model matter?</i>			dalam pemberian perawatan kesehatan di antara praktik perawatan primer Ontario.	dipengaruhi oleh faktor yaitu: Usia; dan Jenis Kelamin.	kapitasi berbasis penyesuaian risiko yang hanya disesuaikan dengan usia dan jenis kelamin. Hal ini dinilai perlu mempertimbangan pengaruh variabel sosio-ekonomi masyarakat terhadap keseluruhan model pembiayaan kesehatan mengenai dampak potensial dari perubahan pada populasi yang lebih rentan.	
3	Brillema na et al.	<i>Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures</i>	Inggris	2014	<i>Cross sectional</i>	Membandingkan kemampuan beberapa ukuran morbiditas dan multimorbiditas pasien untuk	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi dipengaruhi oleh faktor yang ada pada skema model morbiditas yaitu: Usia; Jenis Kelamin; Kemiskinan; dan	Sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko dengan penggunaan faktor angka morbiditas EDCs memberikan hasil yang lebih baik

					memprediksi biaya perawatan primer di masa depan dan memeriksa pembayaran kapitasi berdasarkan kriteria tersebut di atas.	Angka Morbiditas (dengan berbagai jenis model dan skema): Tujuh belas (17) penyakit kronis pada <i>Quality and Outcomes Framework</i> (QOF); Tujuh belas (17) penyakit kronis pada skema Charlson; Seratus empat belas (114) <i>Expanded Diagnosis Clusters</i> (EDCs); dan Enam puluh delapan (68) <i>Adjusted Clinical Groups</i> (ACGs)	diikuti dengan pengukuran QOF dan ACGs. Pengukuran skema Charlson memberikan hasil yang paling rendah, namun tetap lebih baik jika dibandingkan dengan permodelan yang hanya memperhitungkan faktor risiko usia dan jenis kelamin saja.
4	Kiran et al.	<i>Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management</i>	Ontario, 2015 Kanada	<i>Cross sectional</i>	Mengevaluasi transisi skala besar dari dokter perawatan primer ke model kapitasi campuran dan perawatan berbasis tim	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi dipengaruhi oleh faktor yaitu: Usia; dan Jenis Kelamin.	Sistem pembayaran kapitasi dan penambahan perawatan berbasis tim di Ontario meningkatkan keberhasilan penanganan penyakit kronis

					and prevention	di Ontario, Kanada, untuk memahami efek dari setiap jenis reformasi pada pengelolaan dan pencegahan penyakit kronis.	khususnya diabetes, dibandingkan dengan dengan sistem <i>fee-for- service</i> . Tetapi pada penyakit kanker tidak menunjukkan adanya perbedaan.
5	Esmacili et al.	<i>The Experience of Risk-Adjusted Capitation Payment for Family Physicians in Iran: A Qualitative Study</i>	Iran	2014	<i>Framework method</i>	Mengeksplor asi pengalaman pembayaran kapitasi yang dिसesuaikan dengan risiko dokter keluarga perkotaan di Iran ketika datang untuk memberikan perawatan kesehatan primer.	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi dipengaruhi oleh faktor yaitu: Penduduk usia lanjut; Wanita hamil; dan Anak-anak; Menciptakan jaminan pendapatan, mengurangi ketidakpastian pembayaran, dan meningkatkan tingkat kepuasan bagi tenaga kesehatan pelayanan primer.

---

6	Anell et al.	<i>Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices?</i>	Swedia	2018	<i>Cross sectional</i>	Memperkirakan efek penggunaan kapitasi yang disesuaikan dengan kebutuhan perawatan terhadap ketersediaan pusat perawatan primer swasta.	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi dipengaruhi oleh faktor yang ada pada <i>Care Need Index</i> (CNI) yaitu: Jumlah anak usia di bawah 5 tahun; Penduduk yang lahir di benua Eropa dan tidak termasuk ke dalam negara anggota Uni Eropa, Afrika, Asia, atau Amerika Selatan; Berusia di atas 65 tahun dan hidup sendiri; Orang tua tunggal dengan anak di bawah 17 tahun; Penduduk usia 1 tahun atau lebih yang baru saja pindah lokasi kepesertaan; Pengangguran usia 16 – 64 tahun; dan Penduduk usia 25 – 64 tahun dengan pendidikan tidak	Sistem pembayaran kapitasi berbasis risiko pada <i>Care Need Index</i> (CNI) ini meningkatkan jumlah ketersediaan pusat pelayanan primer di daerah dengan karakteristik sosio-ekonomi yang rendah. Secara umum hasil ini mengindikasikan bahwa Sistem pembayaran kapitasi berbasis risiko dapat mempengaruhi penetapan lokasi penyedia layanan kesehatan secara signifikan.
---	--------------	--	--------	------	------------------------	---	---	---

---

lebih dari sembilan tahun wajib belajar.

7	Navathe et al.	<i>Association Between the Implementation of a Population-Based Primary Care Payment System and Achievement on Quality Measures in Hawaii</i>	Hawai, Amerika Serikat	2019	<i>Difference-in-differences based Payments for Primary Care System (3PC)</i>	Mengevaluasi apakah sistem <i>Population-based Payments for Primary Care System (3PC)</i> berhubungan dengan perubahan kualitas, pemanfaatan, atau pengeluaran di tahun pertama.	Penyesuaian risiko terhadap kapitasi dipengaruhi oleh faktor yang ada pada 3PC yaitu: Pada tahun pertama (2016): Evaluasi Pelayanan Primer; Manajemen kunjungan; dan Manajemen prosedur perawatan. Pada tahun-tahun berikutnya (2017+): Kategori Usia (Populasi Dewasa dan Anak-anak); Jenis Kelamin; dan Symmetry® Episode Risk Groups® (ERG®).	Penelitian ini hanya berfokus pada implementasi 3PC di tahun pertama. Sistem pembayaran kapitasi dengan model 3PC di Hawaii pada tahun pertama terjadi peningkatan kualitas dalam jumlah kecil dan pengurangan kunjungan ke dokter pelayanan primer, namun tidak ada perbedaan yang signifikan dalam total biaya perawatan yang dihasilkan.
---	----------------	---	------------------------	------	---	--	--	---

### Pembahasan

Secara umum dapat diketahui bahwa beberapa negara telah menerapkan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko.

Masing-masing negara yang ditelaah dalam penelitian menerapkan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko dengan sangat bervariasi. Model sistem pembayaran

---

kapitasi berbasis penyesuaian risiko yang digunakan mulai dari yang sederhana hingga berkembang menjadi lebih kompleks.

Sebagian besar negara yang menggunakan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko memasukkan faktor usia dan jenis kelamin di dalam modelnya. Dalam perkembangannya, beberapa negara mulai melakukan pengembangan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko dengan memasukkan faktor risiko lainnya seperti diagnosis berbasis klaim selain faktor usia dan jenis kelamin yang diimplementasikan pada model *Primary Care Activity Level* (PCAL) di negara Amerika Serikat (Ash and Ellis, 2012). Faktor risiko lainnya yang ditambahkan selain faktor usia dan jenis kelamin adalah tingkat sosio-ekonomi atau kemiskinan. Kedua faktor tersebut menjadi isu yang dapat diimplementasikan pada model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko seperti yang diterapkan oleh negara Inggris, termasuk juga penggunaan angka morbiditas dengan berbagai jenis model dan skema (Brilleman *et al.*, 2014). Sedangkan negara Iran menggunakan faktor risiko 1) Penduduk usia lanjut; 2) Wanita hamil; dan 3) Anak-anak sebagai dasar penyesuaian kapitasi (Esmaeili *et al.*, 2016). Di sisi lain, beberapa negara mengembangkan indeks model tersendiri untuk diterapkan ke dalam model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko yang lebih kompleks seperti yang dilakukan di negara Swedia dan negara bagian Hawaii, Amerika Serikat. Di Swedia faktor risiko model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko menggunakan *Care Need Index* (CNI) dengan ketentuan pembagian risiko berdasarkan kelompok usia dan status populasi yaitu: 1) Jumlah anak usia dibawah 5 tahun; 2) Penduduk yang lahir di Eropa, di luar Uni Eropa, Afrika, Asia, atau Amerika Selatan; 3) Berusia di atas 65 tahun dan hidup sendiri; 4) Orang tua tunggal dengan anak di bawah 17 tahun; 5) Penduduk usia 1 tahun atau lebih yang baru saja pindah ke lokasi kepesertaan; 6) Pengangguran usia 16-64 tahun;

dan 7) Penduduk usia 25 – 64 tahun dengan pendidikan tidak lebih dari sembilan tahun wajib belajar (Anell, Dackehag and Dietrichson, 2018). Sedangkan di Hawaii, selain menggunakan kategori usia (populasi dewasa dan anak-anak) serta jenis kelamin, mereka juga menggunakan Symmetry® Episode Risk Groups® (ERG®) yang didesain khusus secara komersial dalam *Population-based Payments for Primary Care System* (3PC) untuk menghitung besaran risiko suatu populasi (Navathe *et al.*, 2019).

Berdasarkan hasil analisis, secara umum penggunaan faktor risiko dalam sistem pembayaran kapitasi memiliki beberapa kelebihan dibandingkan model pembayaran lainnya seperti misalnya *fee-for-service*. Namun sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko yang hanya disesuaikan dengan usia dan jenis kelamin, dinilai perlu mempertimbangkan pengaruh variabel sosio-ekonomi masyarakat terhadap keseluruhan model pembiayaan kesehatan mengenai dampak potensial dari perubahan pada populasi yang lebih rentan (Dahrouge *et al.*, 2013). Kemudian, dalam penanganan penyakit kronis yaitu diabetes, pasien yang menggunakan fasilitas pelayanan primer dengan sistem kapitasi berbasis kelompok memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan rekomendasi pengujian tes diabetes dibandingkan dengan pasien yang menggunakan fasilitas pelayanan primer dengan sistem *fee-for-service* (Kiran *et al.*, 2015). Sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko yang menggunakan *Primary Care Activity Level* (PCAL) dengan tambahan kriteria risiko diagnosis berbasis klaim juga dinilai memiliki kelebihan berupa permulaan yang "cukup baik" dalam memberikan insentif dibandingkan dengan model pembayaran *fee-for-service* (Ash and Ellis, 2012). Dengan adanya penambahan risiko diagnosis berbasis klaim, jumlah kemungkinan angka kunjungan dan jenis perawatan dapat lebih diprediksi, sehingga strategi berupa tindakan preventif dan promotif dapat lebih diutamakan. Begitu pula dengan sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko yang menggunakan

---

faktor 1) Penduduk usia lanjut; 2) Wanita hamil; dan 3) Anak-anak sebagai dasar penyesuaian kapitasi seperti di negara Iran, dianggap dapat mengontrol biaya pengeluaran, menciptakan jaminan pendapatan, mengurangi ketidakpastian pembayaran, dan meningkatkan tingkat kepuasan bagi tenaga kesehatan pelayanan primer (Esmacili *et al.*, 2016). Sistem pembayaran kapitasi berbasis risiko yang lebih kompleks seperti di negara Swedia dan negara bagian Hawaii, Amerika Serikat juga memiliki kelebihan tersendiri. Pada penggunaan faktor risiko yang terdapat dalam *Care Need Index* (CNI) di Swedia dapat meningkatkan jumlah ketersediaan pusat pelayanan primer di daerah dengan karakteristik sosio ekonomi yang tidak baik. Secara umum hasil ini mengindikasikan bahwa sistem pembayaran kapitasi berbasis risiko dapat mempengaruhi penetapan lokasi penyedia layanan kesehatan secara signifikan (Anell, Dackehag and Dietrichson, 2018). Sejalan dengan hal tersebut, faktor risiko yang diterapkan di Hawaii dalam model 3PC, menggunakan kategori usia (populasi dewasa dan anak-anak), jenis kelamin, dan Symmetry® Episode Risk Groups® (ERG®) memiliki keuntungan berupa peningkatan kualitas pelayanan primer dan penurunan angka kunjungan sakit ke dokter pelayanan primer (Navathe *et al.*, 2019).

Pembayaran kapitasi berbasis kinerja yang saat ini diterapkan di Indonesia masih memiliki berbagai permasalahan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nappoe, Hasri dan Djasri (2020) menemukan bahwa penerapan kapitasi berbasis kinerja di FKTP masih menimbulkan pro dan kontra, karena indikator penilaian kinerja yang ditetapkan tidak sesuai dengan kondisi di lapangan dan belum merepresentasikan indikator mutu yang sesungguhnya. Hal lain yang ditemukan adalah kurangnya inovasi program di Puskesmas khususnya upaya preventif dan promotif serta insentif bagi tenaga kesehatan yang dinilai masih kurang. Hal tersebut lebih lanjut akan mempengaruhi mutu pelayanan dan kepuasan peserta.

Permasalahan lain terkait pembayaran kapitasi adalah dalam perhitungannya yang belum berdasarkan faktor risiko di Indonesia. Pada kenyataannya faktor risiko memiliki pengaruh terhadap pola pemanfaatan layanan kesehatan di FKTP. Hidayat *et al.* (2018) dalam penelitiannya menemukan bahwa faktor risiko kunjungan pasien ke FKTP di pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan, sedangkan berdasarkan kelompok usia, faktor risiko kunjungan pasien kelompok lanjut usia 46 – 86 tahun ke atas lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lainnya ke FKTP. Faktor risiko mengunjungi FKTP untuk setiap kelompok usia dan jenis kelamin juga memiliki perbedaan. Faktor risiko wanita berkunjung ke FKTP secara umum cenderung lebih tinggi dari pria. Kunjungan wanita yang berusia 51 – 81 tahun ke FKTP cenderung meningkat sedangkan kunjungan pria ke FKTP meningkat di usia 36 – 45 tahun. Nilai kapitasi yang berlaku di FKTP juga dianggap belum sesuai. Besaran nilai kapitasi yang diterima Puskesmas dianggap sudah di atas besaran nilai kapitasi yang layak, sedangkan besaran nilai kapitasi yang diterima Dokter Praktik Perorangan maupun Klinik masih di bawah besaran nilai kapitasi yang layak.

Berbagai permasalahan di atas menunjukkan bahwa perhitungan tarif kapitasi yang efektif dan efisien bagi FKTP memiliki peran yang krusial. Sistem pembayaran kapitasi tidak cukup hanya disesuaikan dengan berbasis kinerja namun juga perlu dikembangkan perhitungan berbasis penyesuaian risiko. Nilai standar tarif kapitasi yang rasional serta cara pembayaran yang baik dan tertib menjadi salah satu faktor yang akan menentukan keberlanjutan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), bahkan akan lebih baik jika dalam penetapan besaran tarif kapitasi tersebut terdapat kesepakatan dan kesamaan persepsi terhadap seluruh pelaku JKN, khususnya dalam perhitungan besaran tarif kapitasi (Hidayat *et al.*, 2018). Penerimaan total dana kapitasi akan dirasa lebih adil jika didasarkan pada kelompok usia yang terdaftar pada FKTP (Kurnia and

---

Nurwahyuni, 2015). Dengan diberlakukannya penyesuaian risiko dalam sistem pembayaran kapitasi, maka setiap FKTP akan mendapatkan besaran nilai kapitasi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan juga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan upaya pengendalian biaya BPJS Kesehatan (Zahroh *et al.*, 2019).

Berdasarkan hasil penelusuran perkembangan sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko di beberapa negara, dapat dilihat bahwa semua negara setidaknya menggunakan faktor risiko usia dan jenis kelamin sebagai pertimbangan dalam menentukan besaran tarif kapitasi. Indonesia dapat secara bertahap untuk mulai menerapkan kapitasi dengan penyesuaian risiko berdasarkan faktor usia dan jenis kelamin kepada peserta yang terdaftar dalam FKTP. Hal ini sejalan dengan yang dikatakan oleh Zahroh *et al.* (2019) dimana kedua faktor tersebut sangat penting untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hidayat *et al.* (2018) juga menyebutkan perlu adanya kontrak kapitasi yang jelas berupa jenis pelayanan sesuai kapasitas FKTP beserta tarifnya, yaitu pembayaran kapitasi berbasis kinerja berdasarkan penyesuaian faktor usia, jenis kelamin, kondisi geografis dan faktor lainnya. Selain faktor risiko usia dan jenis kelamin, kedepannya faktor risiko status kesehatan seperti yang diterapkan oleh Amerika Serikat dan Inggris dapat dipertimbangkan untuk menentukan besaran tarif kapitasi di Indonesia. Status kesehatan peserta dapat memberikan pengaruh penting terhadap pola pemanfaatan pelayanan kesehatan, dimana jenis perawatan dapat lebih diprediksi, sehingga dapat lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif. Ketiga faktor risiko tersebut diharapkan dapat memenuhi aspek ekuitas dan aspek efisiensi dalam hal pembiayaan kesehatan khususnya pembayaran kapitasi di FKTP sehingga terwujud pelayanan kesehatan yang efektif, optimal dan berkualitas.

## Kesimpulan dan Saran

Penerapan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko di beberapa negara bervariasi, berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa faktor risiko yang paling sering dipergunakan adalah usia dan jenis kelamin. Masih banyak faktor risiko lainnya yang bisa dijadikan sebagai dasar pertimbangan dalam penyesuaian besaran kapitasi, di mana setiap model tersebut memiliki keunggulan masing-masing. Hal ini menunjukkan bahwa bentuk atau model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko terus mengalami perkembangan sehingga penting untuk melakukan pembaharuan dan penyesuaian secara berkala.

Dengan melihat berbagai kelebihan yang ada dalam penerapan model sistem pembayaran kapitasi berbasis penyesuaian risiko tersebut, dapat menjadi acuan bagi negara yang ingin mendapatkan formulasi kebijakan kapitasi dengan penyesuaian risiko yang paling tepat untuk diterapkan sesuai dengan kondisi masing-masing negara.

Indonesia dapat mengembangkan dan menyempurnakan sistem pembayaran kapitasi berbasis kinerja yang sudah ada saat ini berdasarkan penyesuaian faktor risiko seperti usia, jenis kelamin, dan status kesehatan peserta untuk mencapai perhitungan kapitasi yang lebih tepat, agar ekuitas dapat terwujud.

## Daftar Pustaka

- Anell, A., Dackehag, M. and Dietrichson, J. (2018) 'Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices?', *BMC health services research*, 18(1), p. 179. doi: 10.1186/s12913-018-2983-3.
- Ash, A. S. and Ellis, R. P. (2012) 'Risk-adjusted payment and performance assessment for primary care.', *Medical care*, 50(8), pp. 643–653. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182549c74.
- BPJS Kesehatan (2019) *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang*

- 
- Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada FKTP. Indonesia.*
- Brilleman, S. L. *et al.* (2014) 'Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures.', *Journal of health economics*, 35(100), pp. 109–122. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.02.005.
- Dahrouge, S. *et al.* (2013) 'Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter?', *BMC health services research*, 13, p. 517. doi: 10.1186/1472-6963-13-517.
- Esmaili, R. *et al.* (2016) 'The Experience of Risk-Adjusted Capitation Payment for Family Physicians in Iran: A Qualitative Study.', *Iranian Red Crescent medical journal*, 18(4), p. e23782. doi: 10.5812/ircmj.23782.
- Hidayat, B. *et al.* (2018) 'Evaluasi Sistem Pembayaran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Era Jaminan Kesehatan Nasional: Biaya Riil Layanan di Rawat Jalan Tingkat Pertama Sebagai Dasar Perhitungan Besaran Kapitasi Program JKN', *Ringkasan Riset JKN-KIS*, 06.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013*. Indonesia.
- Kiran, T. *et al.* (2015) 'Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management and prevention.', *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 187(17), pp. E494–E502. doi: 10.1503/cmaj.150579.
- Kurnia, A. N. and Nurwahyuni, A. (2015) 'Analisis Perhitungan Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan KCU Kota Bogor Tahun 2015', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1).
- Langenbrunner, J. C., O'Duagherty, S. and Cashin, C. S. (2009) *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Edited by J. C. Langenbrunner, S. O'Duagherty, and C. S. Cashin. Washington: The World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-7815-1.
- Nappoe, S. A., Hasri, E. T. and Djasri, H. (2020) 'Evaluasi Kebijakan Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan Pendekatan Realist Evaluation', *Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia*.
- Navathe, A. S. *et al.* (2019) 'Association Between the Implementation of a Population-Based Primary Care Payment System and Achievement on Quality Measures in Hawaii.', *JAMA*, 322(1), pp. 57–68. doi: 10.1001/jama.2019.8113.
- Thabrany, H. (2018) 'Evaluasi Empat Tahun JKN', in *Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional yang Inklusif*.
- Zahroh, A. H. *et al.* (2019) 'Risk Adjustment of Capitation Payment System: What Can Indonesia Adopt from other Countries?', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia; Vol 3, No 1 (2018)*. doi: 10.7454/eki.v3i1.2408.
-