

DAMPAK KAPITASI KHUSUS TERHADAP CAPAIAN KINERJA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI KABUPATEN

IMPACT OF SPECIAL CAPITATIONS ON THE PERFORMANCE ACHIEVEMENTS OF PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES IN THE DISTRICT

Muhammad Syukran¹, Firdaus Hafidz As Shidieq^{2*}

¹Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Payment patterns at health facilities are an important component of the National Social Security System. Payment system applied by BPJS Kesehatan to primary health care is the capitation payment system and the establishment of special capitation payments for primary health care in remote areas. The effort was made with the aim of improving the quality of service and primary health care performance. One of the districts receiving special capitation is Donggala, it is necessary to conduct research on the impact of the special capitation policy on the performance of primary health care in Donggala.

Objective: This study aims to evaluate the impact of the special capitation policy on the performance of primary health care in Donggala.

Methods: This study uses a quantitative observational study with a cross-sectional design. This study uses secondary data from the BPJS Kesehatan Palu branch and primary health care located in Donggala. Primary health care that are the subject of research are 16 with a month as research unit for one year so that the total observations are 192 observations. Data analysis was carried out in stages, univariate, bivariate with chi square, and multivariate with logistic regression analysis.

Results: Primary health care with special capitation have better performance outcomes compared to regular capitation in a certain period of time (OR = 3.67). Factors of human resource availability, namely general practitioners, dentists, and nurses will increase the probability of achieving performance targets (OR = 5.32).

Conclusion: The performance achievements of primary health care with special capitation is better than the regular capitation, the availability of human resources (i.e availability of general practitioners, dentists and nurses) have contributed to the performance improvements of primary health care.

Keywords: capitation, health care performance, pay for performance, primary health care

ABSTRAK

Latar Belakang: Pola pembayaran pada fasilitas kesehatan merupakan salah satu komponen penting dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pembayaran yang diberlakukan BPJS Kesehatan kepada FKTP menggunakan sistem pembayaran kapitasi dan penetapan pembayaran kapitasi khusus bagi FKTP daerah terpencil. Upaya tersebut dilakukan dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja FKTP. Salah satu kabupaten penerima kapitasi khusus adalah Donggala. Sehingga, perlu adanya penelitian mengenai dampak kebijakan kapitasi khusus terhadap kinerja FKTP di Donggala.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi dampak dari kebijakan kapitasi khusus terhadap kinerja FKTP di Kabupaten Donggala.

Metode: Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional kuantitatif dengan desain potong lintang. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari BPJS Kesehatan Cabang Palu dan Puskesmas yang berada di Kabupaten Donggala. Puskesmas yang menjadi subjek penelitian berjumlah 16 puskesmas dengan unit observasi adalah bulan, selama 1 tahun. Sehingga, observasi total adalah 92 observasi. Analisa data dilakukan secara bertahap yaitu: analisis univariat, bivariat dengan chi square, dan multivariat dengan analisis *logistic regression*.

Hasil: Puskesmas dengan kapitasi khusus mempunyai capaian kinerja yang lebih baik dibandingkan dengan puskesmas non kapitasi khusus pada periode waktu tertentu (OR=3,67). Faktor ketersediaan sumber daya manusia yaitu dokter umum, dokter gigi, dan perawat akan meningkatkan probabilitas untuk mencapai target kinerja (OR=5,32).

Kesimpulan: Capaian kinerja puskesmas dengan kapitasi khusus lebih baik daripada puskesmas non kapitasi khusus. Faktor ketersediaan sumber daya manusia, yaitu ketersediaan dokter umum, dokter gigi, dan perawat mempunyai peran dalam peningkatan capaian kinerja.

Kata Kunci: kapitasi, kinerja puskesmas, *pay for performance*, puskesmas

*Penulis Korespondensi. Email: hafidz.firdaus@ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Pola pembayaran pada fasilitas kesehatan merupakan salah satu komponen penting dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Saat ini, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan menggunakan sistem pembayaran kapitasi yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Perubahan sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan primer sangat berpengaruh pada kinerja FKTP. Penetapan kapitasi sebagai sistem pembayaran terhadap FKTP menyebabkan kinerja fasilitas kesehatan menurun, yang berdampak pada penurunan angka utilisasi FKTP, begitupun sebaliknya.¹

Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP) adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan FKTP dalam rangka peningkatan mutu pelayanan. Indikator penilaian utama dalam sistem pembayaran KBKP yaitu: angka kontak, rasio rujukan non spesialis, dan rasio Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS), serta kegiatan kunjungan rumah dengan pendekatan keluarga untuk mencapai Program Indonesia Sehat pada semua keluarga di wilayah kerja Puskesmas tanpa melihat peserta JKN atau bukan peserta.²

Sejak Bulan Januari 2017, diberlakukan kebijakan kapitasi khusus bagi FKTP yang berada Daerah Terpencil dan Kepulauan (DTPK) dengan besaran sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, yaitu jika memiliki dokter akan menerima sebesar Rp 10.000 perbulan, jika hanya memiliki bidan atau perawat akan menerima sebesar Rp 8.000. Apabila jumlah peserta terdaftar pada suatu FKTP kurang dari 1.000 jiwa, maka FKTP tersebut akan dibayar dengan sejumlah kapitasi untuk 1.000 jiwa.

Penetapan FKTP terpencil, sangat terpencil, dan tidak diminati berdasarkan surat keputusan kepala daerah.³ Puskesmas dengan dana kapitasi kecil mempunyai beberapa masalah, seperti pemanfaatan oleh masyarakat rendah, tidak ada peningkatan kinerja, serta kualitas pelayanan rendah. Sedangkan, puskesmas dengan kapitasi besar adalah peningkatan kinerja puskesmas. Penerimaan kapitasi di puskesmas sangat mempengaruhi besaran jasa layanan yang diterima oleh tenaga di puskesmas yang dapat mempengaruhi kinerja mereka.⁴

Kebijakan kapitasi khusus bagi FKTP DTPK bertujuan untuk mewujudkan perubahan kinerja pada puskesmas di wilayah terpencil. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan, sebagian besar puskesmas pedesaan merupakan puskesmas yang belum bisa mencapai target kinerja berdasarkan indikator pemenuhan komitmen pelayanan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.⁴ Penelitian yang dilakukan oleh Hasan dan Adisasmito juga menyatakan bahwa besaran kapitasi sangat mempengaruhi kinerja puskesmas dilihat dari indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBKP).⁵

Salah satu kabupaten yang menerima dana kapitasi khusus ini yaitu Kabupaten Donggala di Provinsi Sulawesi Tengah yang terbagi menjadi 16 kecamatan.⁶ Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan Palu, 5 dari 16 kecamatan merupakan kecamatan yang mendapat kapitasi khusus sebanyak 7 puskesmas. Besaran dana kapitasi khusus yang diterima berdasarkan ketersediaan dokter dan peserta yang terdaftar pada puskesmas.⁷

Perbedaan besaran dana kapitasi yang dibayarkan per orang per bulan sebelum dan sesudah kapitasi khusus bagi tiap puskesmas dapat dilihat pada Tabel 1

Tabel 1. Perbedaan penerimaan kapitasi sebelum dan sesudah kapitasi khusus Kabupaten Donggala

Nama FKTP	Jumlah Dokter		Kapitasi POPB	
	Umum	Gigi	Sebelum	Sesudah
Pinembani	1	0	Rp 4.500	Rp 10.000
Lalundu	1	0	Rp 4.500	Rp 10.000
Lalundu Despot	2	1	Rp 6.000	Rp 10.000
Malei	1	0	Rp 4.500	Rp 10.000
Tonggolobibi	1	0	Rp 4.500	Rp 10.000
Balukang	0	1	Rp 3.500	Rp 8.000
Ogoamas	0	0	Rp 3.000	Rp 8.000

Terjadinya penambahan penerimaan oleh puskesmas diharapkan dapat membawa ada dampak positif, khususnya kinerja puskesmas. Penerapan pembayaran kapitasi berdasarkan pemenuhan komitmen pelayanan bertujuan meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja FKTP. KBKP juga merupakan upaya kendali mutu dan biaya di fasilitas kesehatan dan komitmen dari pemangku kepentingan untuk memberikan pelayanan bermutu.⁸ Kapitasi merupakan kombinasi sistem manajemen keuangan dan filosofi perawatan.⁹ Kapitasi adalah harga atau jumlah yang dibayarkan oleh organisasi pengumpul dana untuk setiap individu yang menjadi tanggung jawab organisasi pemberi pelayanan kesehatan. Pendekatan kapitasi diperlukan untuk mendistribusikan kembali sumber daya yang telah dikumpulkan secara adil dan

merata.¹⁰

METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional kuantitatif dengan desain potong lintang dimana informasi mengenai sebab akibat dikumpulkan dalam waktu yang sama.¹¹ Penelitian ini dilakukan di puskesmas wilayah Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Palu dan puskesmas yang berada di Kabupaten Donggala.

Puskesmas yang menjadi subjek penelitian berjumlah 16 Puskesmas yang terdiri dari 7 Puskesmas penerima kapitasi khusus dan 9 Puskesmas tidak menerima kapitasi khusus. Unit observasi penelitian ini adalah bulan. Sehingga, jumlah observasi total adalah 16 Puskesmas x 12 bulan = 192 observasi dalam bulan. Kriteria eksklusi penelitian yaitu apabila seluruh data pada subjek penelitian tidak tersedia untuk seluruh variabel yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Sedangkan, kriteria inklusi yaitu puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan menerima kapitasi dan kapitasi khusus selama tahun 2018.

Variabel dalam penelitian terdiri dari: 1) variabel bebas (*independent*) yaitu sistem pembayaran puskesmas, sistem pembayaran yang digunakan oleh BPJS untuk membayar FKTP yang bekerja sama, dikategorikan menjadi puskesmas yang menerima dana kapitasi khusus dan non kapitasi khusus; 2) variabel perancu (*confounder*) adalah ketersediaan dokter umum, ketersediaan dokter gigi dibagi menjadi dua yaitu ada dan tidak ada, ketersediaan perawat dibedakan menjadi dua kategori, tidak cukup (jumlah perawat kurang dari standar) dan cukup (jumlah sama dengan atau diatas standar Permenkes 75 tahun 2014); jenis puskesmas berdasarkan pelayanan yang diberikan dibedakan menjadi puskesmas rawat jalan dan rawat inap; dan variabel terikat (*dependent*) yaitu kinerja puskesmas, hasil kinerja puskesmas terbagi menjadi dua kategori yaitu tidak mencapai target (jika tidak ada indikator kinerja berdasarkan KBKP yang tercapai), dan mencapai target (jika minimal 1 indikator kinerja berdasarkan KBKP yang tercapai), capaian kinerja sesuai dengan peraturan yang berlaku saat itu yaitu Peraturan Bersama Sekjen Kemenkes RI dan Direktur Utama BPJS Kesehatan nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran KBKP pada FKTP. Pemilihan dua kategori dikarenakan jumlah observasi yang mencapai lebih dari satu indikator kinerja KBKP tidak memungkinkan untuk dilakukan analisis.

HASIL

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independent (sistem pembayaran kapitasi) serta variabel *confounder* (ketersediaan dokter umum, ketersediaan dokter gigi, ketersediaan perawat, dan jenis puskesmas) dengan variabel dependent (kinerja). Hasil analisa bivariat pada variabel kinerja menunjukkan bahwa sistem pembayaran mempunyai hubungan dengan kinerja puskesmas dengan crude odds ratio 3,67 dan secara statistik signifikan, artinya probabilitas bagi puskesmas dengan kapitasi khusus untuk mencapai target kinerja 3,67 kali lebih besar dibandingkan dengan puskesmas non kapitasi khusus.

Tabel 2. Hasil analisis *Chi Square* variabel dependen kinerja (N=192)

Variabel	(N=108)		(N=84)	
	n	%	n	%
Kinerja				
Tidak mencapai target	33	30,56	9	10,71
Mencapai target	75	69,44	75	89,29
Ketersediaan dokter				
Tidak ada	24	22,22	24	28,57
Ada	84	77,78	60	71,43
Ketersediaan dokter gigi				
Tidak ada	60	55,56	60	71,43
Ada	48	44,44	24	28,57
Ketersediaan perawat				
Tidak cukup	9	8,33	29	34,52
Cukup	99	91,67	55	65,48
Jenis Puskesmas				
Rawat Jalan	24	22,22	60	71,43
Rawat Inap	84	77,78	24	28,57

Sedangkan, analisa multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent*, serta variabel perancu secara bersama-sama untuk mengetahui apakah ada efek *modifier* variabel perancu terhadap capaian kinerja puskesmas. Analisa dilakukan dengan menggunakan pemodelan yaitu: pada model 1 menganalisis hubungan variabel *independent* dan *dependent* dengan menambahkan 1 variabel perancu yaitu ketersediaan dokter; model 2 menganalisis hubungan variabel *independent* dan *dependent* dengan menambahkan 2 variabel perancu yaitu ketersediaan dokter dan ketersediaan dokter gigi; pada model 3 menganalisis hubungan variabel *independent* dan *dependent* dengan menambahkan 3 variabel perancu yaitu ketersediaan dokter, ketersediaan dokter gigi dan ketersediaan perawat, kemudian pada model 4 menganalisis hubungan variabel *independent* dan *dependent* dengan menambahkan semua variabel perancu yaitu ketersediaan dokter, ketersediaan dokter gigi, ketersediaan perawat, dan jenis puskesmas.

Hasil analisis multivariat model 4 menyatakan ada penurunan probabilitas pencapaian target kinerja Puskesmas dari 5,32 menjadi 5,22. Sehingga, dapat dikatakan adanya penambahan variabel perancu jenis puskesmas pada model 4 menunjukkan tidak ada pengaruh jenis puskesmas terhadap peningkatan kinerja dan secara statistik juga tidak signifikan. Hal ini dapat diartikan, puskesmas rawat inap tidak berpeluang mempengaruhi capaian kinerja yang lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas rawat jalan. Berdasarkan model 4 yang telah dianalisis dapat diartikan bahwa model yang cocok untuk meningkatkan capaian target kinerja pada puskesmas

yaitu pada model 3 dengan probabilitas sebesar 5,32, dan nilai r^2 yaitu 0,2040. Sumber Daya Manusia (SDM) yang memadai dibutuhkan dalam upaya memaksimalkan dampak dari kebijakan kapitasi khusus terhadap kinerja puskesmas penerima dana tersebut. Misalnya pada puskesmas penerima kapitasi khusus di Kabupaten Donggala seharusnya mendapat dukungan ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai, khususnya untuk puskesmas penerima dana kapitasi khusus. Sehingga puskesmas penerima dana kapitasi khusus dapat memaksimalkan manfaat yang didapatkan dari penambahan dana kapitasi dengan adanya peningkatan kinerja.

Tabel 3. Hasil analisis *logistic regression variabel dependent* kinerja dengan variabel independen dan variabel *confounder* (N=192)

Variabel	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	(CI 95%)	OR	(CI 95%)	OR	(CI 95%)	OR	(CI 95%)
Sistem pembayaran								
Non kapitasi khusus	1		1		1		1	
Kapitasi khusus	4.83**	(2.02-11.53)	5.13**	(2.17-12.16)	5.32**	(2.20-12.87)	5.22**	(1.51-18.03)
Ketersediaan dokter								
Tidak ada	1		1		1		1	
Ada	5.21**	(2.33-11.63)	3.87**	(1.67-8.95)	3.73**	(1.58-8.79)	3.73**	(1.58-8.79)
Ketersediaan dokter gigi								
Tidak ada			1		1		1	
Ada			4.88**	(1.86-12.86)	4.86**	(1.85-12.78)	4.84**	(1.78-13.15)
Ketersediaan perawat								
Tidak Cukup					1		1	
Cukup					1.25	(0.42-3.75)	1.24	(0.38-4.06)
Jenis Puskesmas								
Rawat Jalan							1	
Rawat Inap							0.98	(0.29-3.28)
R Squared	0.1408		0.2032		0.2040		0.2040	

PEMBAHASAN

Pada hasil penelitian Nyberg menunjukkan bahwa pengaruh dari jumlah pembayaran dalam program *pay for performance* sangat besar terhadap kinerja pegawai dan organisasi di masa yang akan datang.¹² Penelitian lain menemukan dampak terbesar kepada puskesmas dengan jumlah kapitasi besar adalah peningkatan kinerja dan pemanfaatan dana kapitasi. Kinerja tenaga di puskesmas sangat dipengaruhi besaran jasa layanan yang diterima. Hal tersebut tergantung besaran dana kapitasi puskesmas.⁵ Hal tersebut mendukung hasil penelitian, bahwa puskesmas dengan kapitasi khusus yang mempunyai rerata kapitasi Rp.68,996,430 terbukti mencapai target kinerja.

Berdasarkan studi *systematic review* terkait *pay for performance* telah meningkatkan perhatian tenaga kesehatan terhadap capaian kinerja fasilitas kesehatan. Namun keefektifan dari sistem harus diselesaikan dengan tujuan organisasi. Struktur insen-

tif harus dipertimbangkan dengan cermat. Infrastruktur dan pelaporan publik juga memiliki pengaruh besar terhadap kinerja fasilitas kesehatan.¹³ Studi lain mengatakan pengenalan sistem *pay for performance* berdampak positif terhadap motivasi pekerja untuk peningkatan capaian kinerja. Namun, sistem tersebut hanya berlangsung jangka pendek. Efek jangka panjang kinerja dapat dicapai dengan memperhatikan cara insentif dibagikan dalam sebuah organisasi.¹⁴

Penelitian tentang penerapan *quality bonus system*, yaitu apabila link mencapai target kinerja akan mendapatkan bonus insentif, menyatakan terdapat 90% klinik kenaikan jumlah klinik yang mencapai target kinerja. Sistem tersebut meningkatkan kesadaran dan pemahaman mengenai pentingnya kualitas pelayanan dan motivasi dalam pencapaian target kinerja.¹⁵ Penelitian lain menyatakan bahwa salah satu hal yang mempengaruhi kinerja dan kualitas pelayanan fasilitas kesehatan adalah sumber daya fi-

nansial. Kualitas pelayanan kesehatan dan target kinerja tidak akan tercapai apabila sebuah fasilitas kesehatan tidak dapat membayar tenaga kesehatan atau pegawainya.¹⁶

Perbandingan antara *crude odds ratio* pada analisis *adjusted odds ratio* pada hasil analisis multivariat yang menggunakan 4 model menunjukkan ada peningkatan probabilitas pencapaian target kinerja pada Puskesmas dengan kapitasi khusus yaitu dengan probabilitas sebesar 3,67 pada analisis bivariat dan dari model 1 sampai model 3 secara berurut yaitu sebesar 4,83, 5,13, 5,32 kali lebih besar Puskesmas dengan kapitasi khusus untuk mencapai target kinerja. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada efek *modifier* yang diberikan oleh variabel perancu dalam hal ini ketersediaan dokter umum, ketersediaan dokter gigi, dan ketersediaan perawat dalam peningkatan probabilitas Puskesmas untuk mencapai target kinerja. Artinya peningkatan kinerja pada Puskesmas juga didukung oleh faktor ketersediaan sumber daya manusia dalam hal ini yaitu dokter umum, dokter gigi dan perawat. Hal tersebut di atas sejalan dengan penelitian Kondo, bahwa selain faktor imbalan, faktor ketersediaan sumber daya manusia, yaitu tenaga kesehatan juga mempunyai peran penting terhadap pencapaian kinerja sebuah fasilitas kesehatan.¹³ Penelitian lain juga menyatakan puskesmas dengan tenaga kesehatan tidak lengkap cenderung tidak memenuhi standar capaian kinerja.¹²

Penelitian pada puskesmas rawat inap dan rawat jalan menyatakan bahwa kinerja pada kedua tipe puskesmas relatif sama karena faktor individu, organisasi, dan manajemen yang belum optimal.¹³ Penelitian lain yang dilakukan pada 8 negara juga mengatakan bahwa hubungan infrastruktur terhadap kinerja lemah.¹⁴ Namun, puskesmas rawat inap dan rawat jalan terdapat perbedaan infrastruktur. Berdasarkan pedoman teknis bangunan dan prasarana puskesmas, perbedaannya adalah puskesmas rawat inap mempunyai ruangan rawat inap, ruang jaga perawat, ruang tindakan persalinan dan resusitasi bayi, ruang sterilisasi, dan dapur.¹⁶

Implementasi kebijakan kapitasi pada puskesmas DTPK merupakan tepat BPJS Kesehatan, untuk peningkatan mutu pelayanan, kinerja, dan mendukung tercapainya fasilitas kesehatan yang memadai. Pemerintah daerah yang telah ditetapkan sebagai penerima dana kapitasi khusus diharapkan mempunyai komitmen kuat dalam pembangunan daerah terpencil dan mendukung untuk mempertahankan serta meningkatkan kinerja FKTP dengan sumber daya manusia yang memadai. Komitmen tersebut dapat dijadikan salah satu syarat dalam penerapan kebijakan kapitasi khusus.

KESIMPULAN

Pada Kabupaten Donggala, Sulawesi Tengah, capaian kinerja puskesmas penerima kapitasi khusus lebih baik daripada puskesmas non kapitasi khusus. Terdapat faktor internal puskesmas yang mempengaruhi peningkatan capaian kinerja puskesmas penerima dana kapitasi khusus, yaitu: ketersediaan dokter umum, ketersediaan dokter gigi, dan ketersediaan perawat. Sehingga, BPJS Kesehatan dalam penetapan penerima kapitasi khusus harus sesuai kriteria daerah terpencil dan meningkatkan pengawasan dalam penggunaan dana kapitasi khusus. Sedangkan, pemerintah daerah yang telah ditetapkan sebagai penerima dana kapitasi khusus perlu mempunyai komitmen yang kuat dalam pembangunan daerah terpencil dalam waktu dekat. Pada level dinas kesehatan dan puskesmas, perlu memastikan ketersediaan tenaga kesehatan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan capaian kinerja.

REFERENSI

1. Hill H, Birch S, Tickle M, McDonald R, Donaldson M, O'Carolan D, et al. Does capitation affect the delivery of oral healthcare and access to services? Evidence from a pilot contact in Northern Ireland. *BMC Health Ser Res* 2017; 17(1):175.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2117-3>
2. Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017. Jakarta; Kementerian Kesehatan, 2017; 2.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2016; 52.
4. Kurniawan MF, Siswoyo BE, Novelira A, Sulistiawan D, Aisyah W, Gadistina W, et al. Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI)* 2017; 6(1):1-12.
<https://doi.org/10.22146/jkki.v6i1.29001>
5. Hasan AG, Adisasmito WBB. Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI)* 2017; 6(3):127-37.
<https://doi.org/10.22146/jkki.v6i3.29658>
6. Pemerintah Kabupaten Donggala. Letak Geografis Dan Batas Wilayah Administratif Kabupaten Donggala [Internet]. Sulawesi Tengah: Pemerintah Kabupaten Donggala; 2019 [diakses tahun 2020]. Diakses dari: https://gor.wikipedia.org/wiki/Kabupaten_Donggala
7. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2016; 52.
8. Budiarto W. Kebijakan insentif dan disinsentif pembayaran kapitasi bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama berbasis pemenuhan komitmen pelayanan (KBK) (kesiapaN FKTP DAN pengembangan indikator penilaian di DI YOGYAKARTA). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 2017; 20(4):157-64.
<https://doi.org/10.22435/hsr.v20i4.75>
9. Peter Boland. *The Capitation Sourcebook: a practical guide*

- to managing at-risk arrangements. Jones & Bartlett Learning; 1996.
10. Gottret PE, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. World Bank Publications; 2006.
 11. Vukojević B, Creswell JW: Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, London: Sage publications, 2009. *Politeia* 2016; 6(12):191-4.
 12. Nyberg AJ, Pieper JR, Trevor CO. Pay-for-performance's effect on future employee performance: Integrating psychological and economic principles toward a contingency perspective. *Journal of Management* 2016; 42(7):1753-83. <https://doi.org/10.1177/0149206313515520>
 13. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, et al. Implementation processes and pay for performance in healthcare: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2016; 31(Suppl 1):61-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3567-0>
 14. Lamantia F, Pezzino M. Evolutionary efficacy of a pay for performance scheme with motivated agents. *Journal of Economic Behavior & Organization* 2016; 125(C):107-19. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2016.02.002>
 15. Atun R, Gurol-Urganci I, Hone T, Pell L, Stokes J, Habicht T, et al. Shifting chronic disease management from hospitals to primary care in Estonian health system: analysis of national panel data. *J Glob Health* 2016; 6(2):020701. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.020701>
 16. Pedoman Teknis Bangunan Dan Prasarana Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan. 2013.