

## ANALISIS KETERSEDIAAN FASILITAS KESEHATAN DAN PEMERATAAN PELAYANAN PADA PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KOTA BENGKULU, KABUPATEN SELUMA DAN KABUPATEN KAUR

ANALYSIS OF THE AVAILABILITY OF HEALTH FACILITIES AND EQUITABLE SERVICE FOR THE IMPLEMENTATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE IN THE CITY OF BENGKULU, DISTRICT SELUMA AND DISTRICT KAUR

Yandrizal<sup>1</sup>, Desri Suryani<sup>1</sup>, Betri Anita<sup>1</sup>, Henni Febriawati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu

### ABSTRACT

**Background:** National health insurance is starting in 2014 to gradually move towards Universal Health Coverage. The program should make access health services easier for the community. However limited number of health care givers, a vast population and difficult geographical access mean that there is limited provision of services by the Government and other parties. It appears that the difficulty of access to health facilities remains. The provision of health services is dependent on infrastructure in the community. Without any infrastructure improvements, equitable health service becomes difficult and health coverage for the community is not real. The problem is that whether the national health insurance policy administered by the health-BPJS can improve access to medical services and quality health services to all citizens of Indonesia based on fundamental justice.

**Objective:** To assess the availability and equitable health services as well as the policies for equitable distribution of health facilities within the national health insurance program in the city of Bengkulu, District Seluma and District Kaur.

**Method:** This research is using a formative evaluation method, designed to assess how program policy was implemented and how to modify and to develop new policies so as to bring improvement. The kind of data collected are qualitative and quantitative data. Quantitative data is used to see availability and coverage health, while qualitative data is used to get perception of service provider and program manager of the national health insurance, as well as the challenge and barrier found in implementation process. Data qualitative is obtained using open questionnaire. Quantitative data is derived from a contract between District/municipality health office by health-BPJS and health facility data. Data analysis is compared between District/municipal data, standards according to the regulation and health system according to the WHO and scenario planning.

**Results:** The ratio of the available primary care facility in Kaur is 17,13 per 100.000 or one per 5.837 inhabitants; while in Bengkulu city it is 13,16 per 100.000 or one for 7.598 inhabitants; and in District Seluma it is one for 7.770 inhabitants. Percentage of contracts for primary services in Bengkulu city is 87,62 %, in District Seluma is 80,41 %, and in District Kaur is 80,73 %. The distance to access primary care facility in District Seluma and District Kaur is 2 hours away if using 'ojek' (motorcycle taxi), and the fare is IDR200.000,- (one-way). In Bengkulu, the most distant is 20 minutes and the fare is IDR10.000,-. The ratio of available referral care services in Bengkulu City is 1,88 per 100.000 inhabitants, while in District Seluma is 0,56 per

100.000 inhabitants, and in District Kaur is 0,90 per 100.000 inhabitants. Therefore we need additional primary health facilities supported by the agency of the social security (BPJS), District/City government/Provincial government and the Ministry of Health. While the ratio of beds in the Bengkulu City is 629, in District Seluma is 3.574, and in district Kaur is 2.778. District Seluma needs as many as 129 more beds while District Kaur needs another 60 beds to meet the requirement. The Regional Public hospital in District Kaur and District Seluma are still class D. To increase the capacity at these two hospitals to become class C within 5 (five) years is possible. However, these efforts require special policy from city/district government, Provinces and the Ministry of Health as well as the social security agency (BPJS) considering the limited capacity of the local governments.

**Conclusion:** The availability of primary health facilities in Bengkulu city, Seluma district and Kaur district are not enough according to Road Map to JKN 2019. Referral health facilities in Seluma district and Kaur district are much lower than the target, whereas in Bengkulu city the number is on target. Utilization of primary health facilities in Bengkulu city, Seluma district and Kaur district are still lower than national average. Utilization of referral health facilities in the province of Bengkulu is still lower than national average.

**Keywords:** availability of health facilities, the equalization of health services, policy to meet required number of facilities.

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Jaminan Kesehatan Nasional dimulai pada tahun 2014 secara bertahap menuju ke *Universal Health Coverage*, secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pemberi pelayanan kesehatan yang terbatas, penyebaran penduduk yang luas dan akses yang terbatas, menyebabkan kurang *supply* (penyediaan layanan) oleh pemerintah dan pihak lain, sehingga akan muncul kesulitan terhadap akses ke fasilitas kesehatan. Penyediaan pelayanan kesehatan tergantung pada infrastruktur di masyarakat, tanpa ada perbaikan infrastruktur pemerataan pelayanan kesehatan menjadi sulit dan jaminan kesehatan bagi masyarakat merupakan hal yang tidak riil. Permasalahan yang muncul apakah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan ini dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada seluruh warga Indonesia dengan asas keadilan.

**Tujuan:** Mengetahui ketersediaan dan pemerataan pelayanan kesehatan serta upaya kebijakan pemerataan fasilitas

kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan metode analisis evaluasi formatif yang dirancang untuk menilai bagaimana program/kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan. Jenis data yang dikumpulkan kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif digunakan untuk melihat ketersediaan dan cakupan layanan kesehatan, sedangkan data kualitatif untuk mendapatkan persepsi dari penyedia layanan dan manajer program terhadap Jaminan Kesehatan Nasional serta tantangan dan hambatan yang ditemukan pada proses implementasinya. Data Kualitatif diperoleh dengan menggunakan kuesioner terbuka, data kuantitatif berasal dari Kontrak Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dengan BPJS dan data fasilitas kesehatan. Analisis data dibandingkan antar kabupaten/kota, standar yang ditetapkan berdasarkan peraturan, sistem kesehatan menurut WHO dan perencanaan berdasar skenario (*scenario planning*)

**Hasil:** Rasio ketersediaan fasilitas pelayanan primer di Kabupaten Kaur 17,13 per 100.000 atau satu banding 5.837 penduduk, sedangkan di Kota Bengkulu lebih kecil 13,16 per 100.000 ribu atau satu banding 7.598 penduduk dan Kabupaten Seluma satu banding 7.770 penduduk. Persentase nilai kontrak untuk pelayanan primer di Puskesmas Kota Bengkulu sebesar 87,62%, Kabupaten Seluma sebesar 80,41%, Kabupaten Kaur sebesar 80,73% Jarak tempuh ke pelayanan primer di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur paling jauh kira 2 jam perjalanan dengan menggunakan Ojek dan ongkos sekali jalan Rp. 200.000,- dibandingkan Kota Bengkulu paling jauh 20 menit dengan ongkos ojek Rp. 10.000,-, Rasio ketersediaan fasilitas pelayanan rujukan di Kota Bengkulu 1,88 per 100.000, Kabupaten Seluma 0,56 per 100.000 dan Kabupaten Kaur 0,90 per 100.000 penduduk, sehingga perlu penambahan fasilitas kesehatan tingkat pertama oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, Pemerintah kabupaten/kota/provinsi dan Kementerian Kesehatan. Sedangkan Rasio tempat tidur untuk Kota Bengkulu 629, Kabupaten Seluma 3574 dan Kabupaten Kaur 2778. Kebutuhan Kabupaten Seluma sebanyak 129 Tempat Tidur dan Kabupaten Kaur sebanyak 60 Tempat Tidur untuk memenuhi target, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten seluma dan Kabupaten Kaur masih kelas D. Peningkatan kelas rumah sakit menjadi kelas C dalam kurun waktu 5(lima) tahun kedepan sangat memungkinkan, upaya ini memerlukan kebijakan khusus dari Pemerintah Daerah Kabupaten, Provinsi dan BPJS serta Kementerian Kesehatan mengingat keterbatasan pemerintah daerah.

**Kesimpulan:** Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama saat ini di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur belum mencukupi target yang diinginkan menurut Peta Jalan Menuju JKN 2019. Fasilitas kesehatan rujukan di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur masih rendah dibandingkan target, sedangkan Kota Bengkulu telah mencapai target. Pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur masih rendah dari Provinsi Daerah istimewa Yogyakarta. Pemanfaat fasilitas kesehatan rujukan di Provisinsi Bengkulu masih rendah dari pada dari Provinsi Daerah istimewa Yogyakarta.

**Kata Kunci:** Ketersediaan Fasilitas Kesehatan, Pemerataan Pelayanan Kesehatan, Kebijakan Pemenuhan Fasilitas.

## PENGANTAR

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai pada tahun 2014 yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS), selama ini jaminan kesehatan dilaksanakan oleh banyak pe-

nyelengga. Secara bertahap JKN menuju ke Universal Health Coverage sesuai dengan Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan 2019<sup>1</sup>. Pada tahun 2019, peta jalan menetapkan delapan sasaran berikut: 1) BPJS Kesehatan telah mendapat kepercayaan penuh publik, 2) seluruh penduduk (diperkirakan 257,5 juta jiwa) telah terjamin, 3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, 4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai, 5) peraturan perundangan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan waktu itu, 6) paling sedikit 85% peserta puas dengan pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, 7) paling sedikit 80% fasilitas kesehatan puas dengan pelayanan yang diterima dari BPJS Kesehatan, dan 8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan sudah mencapai tingkat transparansi, efisiensi dan akuntabilitas optimal. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Perubahan pembiayaan menuju ke *Universal Coverage* merupakan hal yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Ketidakteraturan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis, menimbulkan masalah baru berupa ketidakadilan antar provinsi, kabupaten/kota dan kecamatan yang ada di Indonesia.

Provinsi Bengkulu memiliki satu Kota dan sembilan kabupaten dengan posisi memanjang dari timur ke barat Pulau Sumatera dengan panjang sekitar 600 Km. Pemberi pelayanan kesehatan yang terbatas, penyebaran penduduk yang luas dan akses yang terbatas, menyebabkan kurang *supply* (penyediaan layanan) oleh pemerintah dan pihak lain, sehingga akan muncul kesulitan terhadap akses ke fasilitas kesehatan. Kota Bengkulu merupakan ibu kota Provinsi Bengkulu dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) 77,99 tertinggi, Kabupaten Seluma IPM 67,29 paling rendah dan berbatasan dengan Kota Bengkulu dengan situasi geografis memanjang 120 km, sementara Kabupaten Kaur IPM 70,43 IPM menengah diantara 10 kabupaten/kota lain dan berbatasan dengan Provinsi Lampung yang situasi geografisnya memanjang 150 km.

Dalam rangka menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional, di Indonesia telah disahkan Undang-Undang No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan pada 1 Januari 2014 mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, masyarakat mampu maupun tidak mampu, perlu upaya bersama untuk meningkatkan kualitas dan keterjangkauan

masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pasal 3 UU No. 24/2011 Tentang BPJS: Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Prinsip penyelenggaraan BPJS adalah: kegotongroyongan, kepesertaan yang bersifat wajib, iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan, pengelolaan bersifat nirlaba dan amanah.

Namun, masyarakat di daerah terpencil tidak memiliki banyak pilihan untuk berobat, sementara di daerah perkotaan relatif penyedia pelayanan sudah banyak, maka penggunaan akan lebih sering, dengan *benefit package* yang tidak terbatas dimana pembayaran dilakukan berdasarkan ketersediaan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Pada daerah tertentu dan terpencil dimana fasilitas pelayanan tingkat pertama dan rujukan terbatas, peserta tidak dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan. Peningkatan *supply* di daerah tertentu dan terpencil sangat mutlak sehingga dana BPJS dapat diserap, apabila tidak ada penambahan maka dana BPJS akan tersedot ke daerah-daerah perkotaan yang memiliki banyak fasilitas kesehatan. Penyediaan pelayanan kesehatan tergantung pada infrastruktur di masyarakat, tanpa ada perbaikan infrastruktur dikuatirkan pemerataan pelayanan kesehatan menjadi sulit dan jaminan kesehatan bagi masyarakat merupakan hal yang tidak riil. Pembiayaan kesehatan secara menyeluruh berhubungan dengan strategi kebijakan pembiayaan yang tidak melalui skema BPJS. Dalam hal ini adalah pembiayaan investasi dan berbagai tindakan medik yang mungkin belum tercakup oleh BPJS. Disamping itu perlu dibahas peranan pemerintah daerah dalam memberikan pembiayaan kesehatan.

Permasalahan yang muncul dalam konteks monitoring dan evaluasi sebuah kebijakan adalah apakah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan ini dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada seluruh warga Indonesia dengan asas keadilan.

Agar pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat merata menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS di Provinsi Bengkulu, maka perlu dilakukan analisis ketersediaan fasilitas kesehatan dan upaya pemerataan pelayanan bagi peserta BPJS. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui ketersediaan dan pemerataan pelayanan kesehatan serta upaya pemerataan fasilitas kesehatan

pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan metode analisis evaluasi formatif yang dirancang untuk menilai bagaimana program/kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan<sup>2</sup>. Jenis data yang dikumpulkan kuantitatif dan kualitatif, data kuantitatif digunakan untuk melihat ketersediaan dan cakupan layanan kesehatan antara kabupaten/kota pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, sedangkan data kualitatif digunakan untuk mendapatkan persepsi dari penyedia layanan, manajer program terhadap Jaminan Kesehatan Nasional serta tantangan dan hambatan yang ditemukan pada proses implementasinya. Studi ini akan melihat tantangan dan hambatan pada input pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Sumber data penelitian ini diperoleh dari informan kunci dan dokumen pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Data kualitatif diperoleh dengan menggunakan kuesioner terbuka, kepada informan dari penanggung jawab program jaminan kesehatan nasional pada Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Provinsi, rumah sakit umum daerah Kabupaten. Data kuantitatif berasal dari Kontrak Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dengan BPJS dan data fasilitas kesehatan dari Dinas Kesehatan Provinsi. Analisis data dibandingkan antar kabupaten/kota, standar yang ditetapkan berdasarkan peraturan yang ada, sistem kesehatan menurut WHO<sup>3</sup>, perencanaan berdasar skenario<sup>4,5</sup>.

Data kuantitatif yang diperoleh berupa: *baseline* fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, tenaga dokter umum, dokter gigi perawat dan bidan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di kabupaten/kota: Data jumlah kepesertaan yang memilih Puskesmas sebagai FKTP.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Ketersediaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Jumlah fasilitas Kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau pelayanan kesehatan primer yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Bengkulu. Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1. Jumlah Pelayanan Primer Bekerja sama dengan BPJS dan Rasio Penduduk di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur**

No	Kota/Kabupaten	Pelayanan Primer			Jumlah Penduduk	Ratio (per 100 rb)
		Puskesmas	Praktek Dokter	Klinik		
1.	Kota Bengkulu	20	13	9	319.098	13,16
2.	Kabupaten Seluma	22	0	1	178.689	12,87
3.	Kabupaten Kaur	16	2	1	110.921	17,13

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi/Dinas Kesehatan Kab/Kota

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat ketersediaan fasilitas pelayanan primer di Kabupaten Kaur 17,13 per 100.000 atau satu banding 5.837 penduduk, sedangkan di Kota Bengkulu lebih kecil yaitu 13,16 per 100.000 ribu atau satu banding 7.598 penduduk dan Kabupaten Seluma satu banding 7.770 penduduk. Kota Bengkulu berpenduduk lebih padat 2.207,99 per km, sementara di Kabupaten Kaur 46,94 per km dan di Seluma 74,44 per Km<sup>2</sup>.

### Besaran Kapitasi

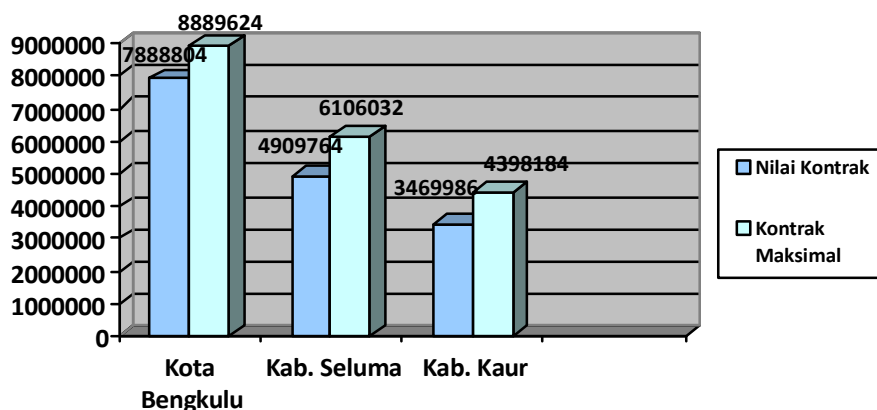
Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 69/2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan<sup>6</sup> menetapkan kapitasi untuk Puskesmas atau fasilitas yang setara besar kapitasi Rp3.000.00 s.d Rp6.000.00 Sedangkan RS. Pratama, Klinik Pratama, Praktek Dokter, atau Fasilitas Kesehatan yang setara besar kapitasi Rp8.000.00 s.d Rp10.000.00. Berdasarkan kesepakatan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia Provinsi Bengkulu dan Divisi Regional III PT. Askes pada tanggal 23 Desember 2013 tentang tarif pelayanan ditetapkan untuk standar klinik lengkap dengan 2 dokter

umum, 1 dokter gigi, bidan/perawat/perawat gigi, pelayanan obat dan laboratorium dengan kapitasi Rp10.000.00 nilai kapitasi dikurangi apabila jenis dan jumlah tenaga serta pelayanan tidak lengkap.

Kontrak Kepala Dinas Kesehatan dengan BPJS menetapkan untuk Puskesmas dengan 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, dan lengkap dengan jaringan kapitasi Rp6.000.00, nilai kapitasi dikurangi apabila jenis dan jumlah tenaga dan jaringan tidak lengkap. Jumlah kontrak Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dengan BPJS selama satu tahun tidak mencapai nilai maksimal, karena jenis, jumlah tenaga dan jaringan pelayanan tidak cukup, lebih rinci persentase kontrak dapat dilihat pada Gambar 1.

### Peserta Memilih Puskesmas

Jumlah peserta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Kota Bengkulu yang memilih Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan primer (PPK I) sebanyak 124.467 jiwa, Kabupaten Seluma sebanyak 84.806 jiwa dan Kabupaten Kaur sebanyak 59.691 Jiwa. Nilai kontrak untuk pelayanan primer di Puskesmas Kota Bengkulu sebesar Rp7.888.804.000.00 (87,62%) kontrak maksimal dengan selisih Rp1.100.820.000.00 Kabupaten Seluma Nilai kontrak Rp4.909.764.000.00 (80.41%)



Sumber : Dinas Kesehatan Kab/Kota

**Gambar 1. Nilai Kontrak dan Kontrak Maksimal Besaran Kapitasi Untuk Puskesmas di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur (dalam 000)**

kontrak maksimal dengan selisih Rp1.196.268.000.00, Kabupaten Kaur nilai kontrak Rp3.469.986.000.00 (80.73%) kontrak maksimal atau selisih Rp828.198.000.00. Selisih nilai kontrak dan kontrak maksimal karena jumlah dan jenis tenaga di Puskesmas tidak lengkap sesuai standar yang ditetapkan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Indonesia dan PT. Askes Divisi Regional III).

**Jarak Tempuh ke Pelayanan**

Jarak tempuh paling jauh antara pemukiman masyarakat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2. Waktu Tempuh Paling Jauh ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur**

No	Kab/Kota	Waktu Tempuh	Biaya Transport
1.	Kota Bengkulu	20 menit	Rp. 10.000,-
2.	Kabupaten Seluma	120 menit	Rp. 200.000,-
3.	Kabupaten Kaur	120 menit	Rp. 200.000,-

Sumber : Dinas Kesehatan Kab/kota

Jarak tempuh ke pelayanan primer di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur paling jauh kira 2 jam perjalanan dengan menggunakan Ojek dan ongkos sekali jalan Rp200.000.00 dibandingkan Kota Bengkulu paling jauh 20 menit dengan ongkos ojek Rp10.000.00, suatu keadaan yang sangat jauh berbeda antara Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur.

**Ketersediaan Fasilitas Kesehatan Rujukan**

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten dapat dilihat pada Tabel.3

**Tabel 3. Jumlah Pelayanan Rujukan dan Rasio Penduduk di Kota Bengkulu Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur**

No	Kota/Kabupaten	Pelayanan Primer RSU			Jumlah Tempat Tidur	Rasio TT /1000	Ratio RS (per 100 rb)
		Kelas D	Kelas C	Kelas B			
1.	Kota Bengkulu	4	1	1	629	504	1,88
2.	Kabupaten Seluma	1	0	0	50	3574	0,56
3.	Kabupaten Kaur	1	0	0	37	2778	0,90

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi/Dinas Kesehatan Kab/kota data diolah

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat rasio ketersediaan fasilitas pelayanan rujukan di Kota Bengkulu 1,88 per 100.000, Kabupaten Seluma 0,56 per 100.000 dan Kabupaten Kaur 0,90 per 100.000 penduduk. Sedangkan rasio tempat tidur untuk Kota

Bengkulu 504, Kabupaten Seluma 3.574 dan Kabupaten kaur 2.778.

**PEMBAHASAN**

*Equity* kesehatan sering kali dipahami sebagai keadilan dan pemerataan untuk pelayanan kesehatan. Fokus *equity* kesehatan ini pada kemudahan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan dan memperoleh pelayanan dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Perlu dipelajari mengenai *equity* geografis dan *equity* social-ekonomi. Tiga dimensi *equity* dalam kesehatan dapat dibagi menjadi: 1) *equity* dalam status kesehatan, 2) *equity* dalam penggunaan layanan kesehatan, dan 3) *equity* dalam pembiayaan kesehatan<sup>3</sup>.

**Pemerataan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama atau pelayanan primer di Kota Bengkulu, Kabupaten Kaur dan Seluma masih kurang bila dibandingkan dengan rasio dokter umum 33,33 dibandingkan 100.000 atau satu banding 3.000 jiwa, rasio yang diinginkan dicapai pada Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019<sup>1</sup>. Pelayanan kesehatan kuratif sama dengan jumlah dokter umum, sehingga kekekurangan fasilitas pelayanan primer harus ditambah dengan praktek dokter atau klinik pratama. Penambahan pelayanan primer seperti klinik memerlukan biaya investasi dan operasional. Pelayanan primer swasta bisa melayani 3000 jiwa mendapat kapitasi penuh Rp10.000,00 jadi total kapitasi diperoleh Rp30.000.000,00 per bulan. Pemanfaatan rawat jalan di Provinsi Bengkulu 3,5% paling rendah se Indonesia<sup>7</sup>, sedangkan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) 16,34%. Bila dihitung rata-rata DIY dikali 3000 jiwa maka jumlah kunjungan 489 per bulan x Rp60.000,00 per kunjungan (rata jasa praktek dokter di Bengkulu) total pengeluaran

untuk pelayanan kuratif Rp29.340.000,00, sehingga sisa kapitasi Rp10.000,00 x 3000 jiwa = Rp30.000.000,00 - Rp29.340.000,00 = Rp660.000,00 sangat kecil untuk operasional klinik. Sisa operasional yang kecil sulit swasta mengem-

bangkan klinik pratama untuk memenuhi kekurangan fasilitas kesehatan primer. Kekurangan FKTP dapat dilihat pada Tabel 4. Berdasarkan target satu dokter umum untuk 3000 jiwa, maka ratio dokter umum 33,33 per 100.000 penduduk (Peta Jalan Menuju JKN)<sup>1</sup>, maka kebutuhan fasilitas pelayanan primer/ FKTP pada tiga kabupaten/kota dapat dilihat pada Tabel 4.

mal, karena jenis, jumlah tenaga dan jaringan pelayanan tidak cukup.

Anggaran untuk melakukan kontrak dalam upaya memenuhi kebutuhan dokter umum dan dokter gigi di puskesmas sangat sulit dipenuhi dalam oleh APBD Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur karena keterbatasan Anggaran. Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12/2013 Tentang

**Tabel 4. Kebutuhan Fasilitas Pelayanan Primer di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur**

No	Kota/Kab	Pelayanan Primer					Jumlah Penduduk
		Pusk.	Peserta di-Cover	Kebutuhan	Sudah ada	Kurang	
1.	Kota Bengkulu	20	124.467	154	42	65	319.098
2.	Kab. Seluma	22	84.806	86	23	31	178.689
3.	Kab. Kaur	16	59.691	54	19	17	110.921

Sumber: Dinas Kesehatan yang diolah

Kekurangan tenaga dokter umum dan dokter gigi untuk memenuhi kebutuhan di puskesmas sesuai standar yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia Provinsi Bengkulu pada fasilitas pelayanan primer dua orang dokter umum dan satu dokter gigi. Pemerintah Kabupaten Seluma dan Kaur Kaur perlu mengangkat dokter umum dan dokter gigi sebagai pegawai negeri sipil untuk Puskesmas, apabila dilakukan kontrak memerlukan dana yang cukup besar tidak sesuai dengan kekurangan besaran kapitasi yang diperoleh Puskesmas. Kontrak dokter umum per bulan disamakan dengan dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) daerah terpencil Rp5.000.000,00 per bulan. Kabupaten Seluma harus mengeluarkan anggaran Rp1,2 Milyar untuk memenuhi kekurangan 20 dokter umum puskesmas dan Kabupaten Kaur mengeluarkan anggaran Rp540.000.000,00, untuk memenuhi kekurangan sembilan dokter umum di puskesmas. Sedangkan Kontrak dokter gigi per bulan disamakan dengan dokter Pegawai Tidak Tetap daerah terpencil Rp5.000.000,00, Kabupaten Seluma harus mengeluarkan anggaran Rp1.260.000.000,00 untuk memenuhi kekurangan 21 dokter gigi puskesmas dan Kabupaten Kaur mengeluarkan anggaran Rp840.000.000,00 untuk memenuhi kekurangan 14 dokter gigi Puskesmas.

Kontrak Kepala Dinas Kesehatan dengan BPJS menetapkan Puskesmas dengan 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, perawat/bidan, pelayanan obat dan lengkap dengan jaringan kapitasi Rp6.000,00, nilai kapitasi dikurangi apabila jenis dan jumlah tenaga dan jaringan tidak lengkap. Jumlah kontrak Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dengan BPJS selama satu tahun tidak mencapai nilai maksi-

Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden RI No. 111/2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 12/2013 Tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 31 ayat (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi. Ayat (2) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa : a. penggantian uang tunai; b. pengiriman tenaga kesehatan; atau c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu<sup>8</sup>.

Berdasarkan Peraturan Presiden No. 111/2013, maka Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan wajib memberi kompensasi penggantian uang atau mengirim tenaga dokter dan dokter gigi untuk memenuhi kebutuhan dokter umum dan dokter gigi di pelayanan kesehatan primer. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Pasal 30 ayat (4) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Ayat (5) Besaran penggantian atas biaya pelayanan kesehatan disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan<sup>9</sup>. Dinas Kesehatan Kabupaten dan BPJS perlu membentuk tim verifikasi bagi masyarakat yang jauh atau tidak tersedia fasilitas kesehatan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS.

Dalam *World Health Report* Tahun 2010, dicantumkan tiga dimensi dalam mencapai cakupan semesta<sup>3</sup> yaitu: 1) Seluruh penduduk menjadi peserta jaminan kesehatan, 2) Pelayanan kesehatan yang

*benefit package* meliputi pelayanan komprehensif (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif). Wajib disediakan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah seperti puskesmas, klinik, praktek dokter dan rumah sakit dan 3) Pembiayaan bagi penerima bantuan iuran dibayar oleh pemerintah, masyarakat yang mampu membayarkan premi.

Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama/pelayanan kesehatan primer akan mempengaruhi paket pelayanan yang disediakan oleh BPJS kepada peserta, kondisi ini perlu di dukung dengan kebijakan agar BPJS memberi kompensasi uang untuk mengontrak tenaga kesehatan atau, mengirim tenaga kesehatan atau menyediakan fasilitas kesehatan dalam bentuk klinik pratama/praktik dokter, sehingga masyarakat dapat dengan mudah untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. BPJS wajib memberi kompensasi dalam upaya mewujudkan peta jalan menuju jaminan kesehatan 2012-2019 point (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, dan (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai<sup>1</sup>. Penduduk yang menjadi peserta BPJS bukan sekedar jumlah yang dihitung untuk mencapai *universal coverage*, tetapi letak pemukiman penduduk yang tersebar dan geografis daerah yang luas serta banyak pergunungan, merupakan suatu kondisi alam yang tidak dapat dirubah sehingga pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat dihitung dengan rasio saja.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti puskesmas, praktik dokter, klinik pratama berfungsi sebagai *gate keeper* yaitu mengendalikan penggunaan dan rujukan peserta<sup>10</sup>. Pemberi pelayanan primer bersifat komprehensif yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran pelayanan kesehatan primer sangat menentukan pengendalian rujukan peserta, dari ketiga jenis pelayanan primer, puskesmas mempunyai fungsi melaksanakan pelayanan yang komprehensif sedangkan praktik dokter dan klinik masih hanya berfokus pada pelayanan kuratif.

Pemerintah sebagai *duty bearers* berkewajiban menyediakan fasilitas kesehatan seperti puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia. Puskesmas mempunyai peran strategis dan keunggulan dalam mendukung terlaksananya JKN dibandingkan dengan praktik dokter, dan klinik swasta. Hal ini disebabkan karena puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama<sup>11</sup>. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat berupa upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan<sup>11</sup>. Adapun

upaya kesehatan wajib adalah upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan wajib diselenggarakan oleh Puskesmas seperti promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta pengobatan<sup>11</sup>. Pemanfaatan dana kapitasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik Pemerintah Daerah seperti Puskesmas untuk jasa 60% dan sisanya untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan, sedangkan biaya operasional meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya<sup>12</sup>. Peran Puskesmas sebagai pemberi pelayanan primer bersifat komprehensif menyelenggarakan pelayanan promotif, preventif dapat memanfaatkan dana biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 19/2014 pasal 5 ayat (3) Dukungan kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya meliputi: a. upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif lainnya; b. kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan; c. operasional untuk puskesmas keliling<sup>13</sup>. Pelayanan kesehatan promotif dan preventif dapat meningkatkan fungsi fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas sebagai *gate keeper* yaitu mengendalikan penggunaan dan rujukan peserta<sup>10</sup>.

### Pemerataan Pelayanan Kesehatan Rujukan

Kebutuhan pelayanan rujukan dapat dilihat pada Tabel 3, di Kota Bengkulu sudah lebih dari target yang direncanakan oleh Peta Menuju JKN 2012-2019<sup>1</sup> sebesar 1 Tempat Tidur (TT) banding 1000 penduduk, namun di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur belum mencukupi berarti harus ada penambahan tempat tidur untuk kedua kabupaten tersebut. Kebutuhan Kabupaten Seluma sebanyak 129 TT dan Kabupaten Kaur sebanyak 60 TT untuk memenuhi target, sementara Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten seluma dan Kabupaten Kaur masih kelas D. Peningkatan kelas rumah sakit menjadi kelas C dalam kurun waktu lima tahun kedepan sangat memungkinkan, upaya ini memerlukan kebijakan khusus dari Pemerintah Daerah Kabupaten, Provinsi dan Kementerian Kesehatan serta BPJS mengingat keterbatasan anggaran pemerintah daerah. Sumber dana pengembangan pelayanan rujukan di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur



berasal dari Dana Alokasi Khusus (DAK) dan ditambah dari APBD. Penambahan tempat tidur untuk meningkatkan pelayanan rujukan dapat dikembangkan dengan menambah jumlah puskesmas perawatan dan jumlah tempat tidur puskesmas perawatan yang sudah ada. Keadaan geografis Kabupaten Seluma memanjang 120 km dan Kabupaten Kaur 150 km, sehingga sulit memenuhi pelayanan kesehatan rujukan berupa rumah sakit yang dapat dengan mudah dicapai dari wilayah sekitarnya, sehingga pengembangan Puskesmas Perawatan lebih memungkinkan.

Sistem Kesehatan menurut WHO adalah semua kegiatan tujuan utamanya untuk meningkatkan, mengembalikan dan memelihara kesehatan<sup>3</sup>. Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional harus meningkatkan pemerataan pelayanan dengan menambah jumlah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur. Peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan cara bekerja sama antara BPJS dan Pemerintah Kabupaten, Provinsi dan Kementerian Kesehatan.

Sesuai dengan Peraturan Presiden No. 72/2012 tentang Sistem Kesehatan nasional Poin A No. 151. Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu<sup>14</sup>, dan berdasar konsep WHO tahun 2009 blok-blok bangunan sistem kesehatan (*The building blocks of the health system*) antara lain : Penyediaan pelayanan (*Service delivery*) dan Tenaga kesehatan (*Health workforce*)<sup>15</sup>.

Penggunaan fasilitas di Provinsi Bengkulu masih sangat rendah, pemanfaatan fasilitas tingkat pertama 3,5% per bulan dengan biaya rata-rata per kunjungan Rp35.000,00 sedangkan rata-rata nasional 10,4% dengan biaya rata-rata per kunjungan Rp35.000,00<sup>7</sup>. Pemanfaatan rawat inap selama satu tahun terakhir rata 0,9% dengan biaya per perawatan Rp1.000.000,00, sedangkan rata-rata nasional 2,3% dengan biaya per perawata Rp1.700.000,00<sup>7</sup>. Pemerataan pelayanan dan pembiayaan kesehatan di Provinsi Bengkulu masih rendah dibandingkan dengan rata nasional.

### Scenario Planning

Jaminan kesehatan nasional mengijinkan rumah sakit pemerintah dan swasta untuk melayani pasien kepada seluruh peserta BPJS. Keterbatasan fasilitas pelayanan tingkat pertama dan rujukan mengharus-

kan BPJS membuat kebijakan khusus untuk dapat meningkatkan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan, tanpa penambahan oleh BPJS dan pemerintah kabupaten/provinsi dan Kementerian Kesehatan peserta akan tetap sulit untuk dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan karena situasi geografis dan menyebabkan ketidakadilan diantara peserta untuk bisa mendapatkan pelayanan. Pelaksanaan JKN tersebut tidak lepas dari kesiapan sistem kesehatan dan sistem pembiayaan kesehatan yang sekarang dalam upaya optimalisasi untuk mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Regulasi tentang penyediaan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kualitas pelayanan, keadilan penggunaan dan distribusi sumber daya manusia, efisiensi pelayanan serta transparansi dan akutabilitas<sup>16</sup>.

Perencanaan berdasar skenario (*scenario planning*) bukan merupakan kegiatan untuk memilih alternative, akan tetapi lebih untuk pemahaman bagaimana setiap kemungkinan akan berjalan<sup>4</sup>. Pemahaman sebuah lembaga atau negara dapat mempersiapkan diri dalam membuat berbagai keputusan strategis untuk menghadapi berbagai kemungkinan di masa mendatang.

Skenario yang mungkin terjadi pada perjalanan kebijakan jaminan kesehatan nasional sampai dengan 2019 dalam upaya pemerataan fasilitas dan pelayanan kesehatan harus dikaitkan dengan kondisi geografis. Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur pesimis untuk dapat dipenuhi karena penyebaran penduduk yang sangat luas, kemampuan pemerintah untuk menambah Puskesmas sangat terbatas, pihak swasta sulit melakukan investasi karena jumlah penduduk yang kecil pada kelompok wilayah tertentu. Pemenuhan fasilitas tingkat pertama memerlukan pengendalian dalam rangka untuk memantau dan mengatur perubahan pembiayaan dan memastikan pembangunan ke arah lebih efektif dan berkelanjutan<sup>17</sup>. Pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama memerlukan kebijakan bersama dimana BPJS dan pemerintah Kabupaten Seluma dan Kaur, Provinsi Bengkulu dan Kementerian Kesehatan untuk menyediakan FKTP pada kelompok masyarakat yang terpisah karena geografis, atau memberi kompensasi biaya pelayanan peserta yang menggunakan fasilitas kesehatan terdekat yang tidak bekerja sama dengan BPJS. Pemenuhan FKTP di Kota Bengkulu akan dapat dipenuhi oleh praktek dokter dan klinik pratama sangat memungkinkan bekerja sama dengan BPJS karena jumlah penduduk yang banyak dan tingkat kepadatan penduduk tinggi. Pemenuhan fasilitas Pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten



Seluma dan Kabupaten Kaur dapat dipenuhi dengan meningkatkan kelas rumah sakit umum dari Kelas D menjadi Kelas C, kekurangan tempat tidur 1 dibanding 1000 dapat dipenuhi dan ditambah dengan penambahan jumlah tempat tidur puskesmas perawatan yang telah ada dan penambahan jumlah puskesmas perawatan.

Peta jalan menuju jaminan kesehatan nasional 2019 sulit dicapai untuk penyediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Seluma dan kabupaten Kaur, sedangkan fasilitas kesehatan rujukan di kabupaten Seluma dan kabupaten Kaur dapat tercapai. Penyediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bengkulu dapat dicapai karena geografis dan sosial-ekonomi masyarakat tidak menjadi hambatan, sedangkan pelayanan kesehatan rujukan telah tercapai saat ini.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama saat ini di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur belum mencukupi target yang diinginkan menurut Peta Jalan Menuju JKN 2019. Fasilitas kesehatan rujukan di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur masih rendah dibandingkan target, sedangkan Kota Bengkulu telah memenuhi target. Pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur masih rendah dibandingkan Provinsi DIY. Pemanfaatan fasilitas kesehatan rujukan di Provinsi Bengkulu masih rendah dari Provinsi DIY. Masih rendah pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rujukan berdampak kepada ketidakadilan akses terhadap pelayanan peserta BPJS karena ketersediaan fasilitas pelayanan tidak mencukupi. Pemenuhan fasilitas pelayanan tingkat pertama dan rujukan diperlukan kebijakan bersama antara BPJS, Pemerintah Kabupaten, Provinsi dan Kementerian Kesehatan untuk memenuhi target peta jalan menuju JKN 2019 yaitu poin (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai.

### Saran

Pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bengkulu dapat di penuhi sesuai target, praktik dokter banyak dan investasi pendirian klinik pratama sangat menguntungkan karena jumlah penduduk yang banyak dan padat. Pemenuhan FKTP di Kabupaten Seluma dan Kaur harus ada kebijakan kerja sama antara BPJS, pemerintah kabupaten, provinsi dan Kementerian Kesehatan RI untuk men-

dirikan FKTP. Pemenuhan fasilitas rujukan di Kabupaten Seluma dan Kaur harus ada perencanaan yang strategis untuk dapat meningkatkan kelas rumah sakit dari D menjadi C serta mengembangkan puskesmas perawatan yang telah ada.

## REFERENSI

1. GTZ, AUSAID, Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Disusun bersama dan di dukung GTZ, AUSAID. Jakarta. 2012.
2. Buse. K, Mays N, Gill W. Making Health Policy. Open University Press. London School of Hygiene and Tropical Medicene. London.2005.
3. WHO. World Health Report 2010: Health Systems Financing The Path To Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
4. Ringland, Gill. Scenario Planning Managing For The Future. Gill Ringland foreword by Peter Schwartz. Wiley. [www.wiley.co.uk/www.wiley.com](http://www.wiley.co.uk/www.wiley.com)
5. Searce D. Fulton K. What if? The art of Scenario Thinking for Notprofit.GBN Global Business. Copyright 2004 Global Business Network.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Baliitbangkes.
7. Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan Litangkes Kementerian Kesehatan. Jakarta. 2013.
8. Peraturan Presiden RI Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
9. Kementerian Kesehatan RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan
10. Saefuddin. F, Ilyas. Y. Managed Care Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayana Kesehatan Bagian A. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT Askes. Jakarta. 2004.
11. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
12. Peraturan Presiden Nomor : 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

13. Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014 Tentang Penggunaan Data Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untu Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
14. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan nasional
15. WHO, 2009, System Thinking: for Health Systems Strengthening. WHO Library. Geneva
16. WHO, 2011, Monitoring, evaluation and review of national health strategies. WHO Library. Geneva
17. Maun et.al Primary healthcare in transition – a qualitative study of how managers perceived a system change. BMC Health Services Research 2013, 13:382.<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/382>