

DETERMINAN KINERJA DOKTER KELUARGA YANG DIBAYAR KAPITASI

THE DETERMINANTS OF GP'S PERFORMANCE ON CAPITATION PAYMENT

Yulita Hendrartini

Fakultas Kedokteran Gigi,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: In the last two decades, the payment system in health insurance scheme in Indonesia for GPs (family doctors) has been changed from fee for service to capitation. The capitation payment used by managed care organizations to influence the practice of primary care physician is still controversial. The purpose of this study was to describe the estimation of a causal model of GP's performance on capitation payment.

Methods: This study used cross sectional survey design. Total subjects were 290 GPs who had contract with managed care organization's at least 6 months and 580 patients who were member of managed care organization which choose by simple random sampling. The data were collected by using questionnaires to asses knowledge, satisfaction, attitude and patient's satisfaction. The dependent laten variable was GP's performance with observed variable were utilization's rate, refferal's rate and patient's satisfaction. The data was analyzed with Structural Equation Model with AMOS 6 to estimate the statistical model of capitation and associations between variables on capitation, doctor's satisfaction, attitude and GP's performance.

Result: The results of this study confirmed that the important variables in the prediction of GP's performance were knowledge, attitude and length of contract. Income ratio of capitation and GP's satisfaction had indirect effect on GP's performance, but influence GP's attitudes as mediating variables toward GP's performance to control the cost. Almost half of the GPs (45,2%) had ratio income of capitation lower than 10% from the total income, therefore it couldn't be expected as main income. This situation caused that GPs still fee for services oriented.

Conclusion: The capitation payment is not effective to change the GP's performance, because the income ratio is still low. The implication of these findings is important to improve the contract of payment capitation and it needs a strategy to maintain good relationship between managed-care organization and provider in addition to improve GP's performance.

Keywords: capitation, contract, GP's satisfaction, GP's attitude, GP's performance.

ABSTRAK

Latar Belakang: Selama dua dekade terakhir, metode pembayaran dokter (dokter keluarga) dalam skema asuransi kesehatan di Indonesia mengalami perubahan dari model *fee for service* ke kapitasi. Pembayaran kapitasi yang digunakan oleh organisasi *managed care* untuk mempengaruhi praktik dari dokter primer masih menjadi isu yang kontroversial. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberi gambaran model estimasi dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dokter primer yang dibayar kapitasi.

Metode: Jenis penelitian ini adalah survei dengan rancangan *cross sectional*. Subyek penelitian terdiri dari 290 dokter primer

yang kontrak dengan organisasi *managed care* (PT Askes) minimal 6 bulan dan 580 pasien dokter tersebut (peserta Askes) yang dipilih secara acak sederhana. Alat penelitian yang digunakan berupa kuesioner untuk mengukur pengetahuan, kepuasan, sikap dan kepuasan pasien. Variabel tergantung adalah variabel laten dari kinerja dokter yang terdiri dari variabel observasi rasio utilisasi, rasio rujukan dan kepuasan pasien. Analisis data menggunakan *Structural Equation Model* dari AMOS 6 untuk mengestimasi model statistik dari kinerja kapitasi dan hubungan antar variabel dalam pembayaran kapitasi, kepuasan dokter dan kinerja dokter.

Hasil: Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap dan lama kontrak mempengaruhi kinerja dokter primer. Rasio pendapatan kapitasi dan kepuasan dokter mempunyai efek tidak langsung terhadap kinerja dokter, tetapi mempengaruhi sikap dokter sebagai variabel moderator terhadap kinerja dokter dalam pengendalian biaya. Sebagian besar dokter (45,2%) mempunyai rasio pendapatan kapitasi lebih rendah dari 10%, sehingga kapitasi tidak bisa diharapkan sebagai pendapatan utama bagi dokter. Hal ini yang menyebabkan dokter masih berorientasi ke model praktik *fee for service*.

Kesimpulan: Pembayaran kapitasi tidak efektif untuk mengubah kinerja dokter karena rasio pendapatan kapitasi masih rendah. Implikasi kebijakan dari penelitian ini adalah meningkatkan kontrak kapitasi dan dibutuhkan strategi untuk memelihara hubungan yang lebih baik antara organisasi *managed care* dan dokter agar dapat meningkatkan kinerja dokter.

Kata kunci : kapitasi, kontrak, kepuasan dokter, sikap dokter, kinerja dokter

PENGANTAR

Selama beberapa dekade telah terjadi pergeseran dalam sistem pembiayaan kesehatan, khususnya dalam hal penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan dari model tradisional ke model *managed care* (pelayanan terkendali). Salah satu ciri dari konsep pelayanan terkendali adalah menggunakan tenaga dokter pelayanan primer sebagai dokter keluarga yang dibayar secara pra upaya dengan model kapitasi.

Managed care dan kapitasi merupakan tanggung jawab baru yang harus diterima oleh dokter keluarga yang dikontrak sebagai dokter primer oleh *Health Maintenance Organization* (HMO), termasuk menjalankan fungsi sebagai "gate keeper" untuk pelayanan spesialis dan pemeriksaan penunjang

tertentu.¹ Perubahan fungsi dokter primer menjadi "gate keeper" bertujuan untuk mengendalikan pelayanan spesialis. Tujuan yang diharapkan dapat menurunkan biaya tidak akan berjalan tanpa adanya perubahan dalam insentif pembayaran.²

Kondisi tersebut mendorong perubahan model pembayaran dokter primer dari model *fee for service* menjadi kapitasi. Pergeseran ke arah sistem pembayaran kapitasi didasari dari berbagai evaluasi yang menunjukkan bahwa metode pembayaran pelayanan kesehatan berbasis *fee for service* kepada *provider* pelayanan kesehatan terbukti dapat menyebabkan inefisiensi, *over utilization* dan *moral hazard* serta peningkatan biaya pelayanan kesehatan.^{3,4}

Pembayaran kapitasi merupakan suatu cara pembayaran di muka atas dasar sejumlah jiwa yang menjadi tanggung jawab dokter keluarga, tanpa memperhatikan frekuensi atau jumlah pelayanan yang diberikan.⁵ Konsep ini merupakan suatu cara penekanan biaya dengan mengikutsertakan dokter primer atau dokter keluarga pada posisi ikut menanggung risiko keuangan seluruhnya atau sebagian.⁶ Pada awalnya model pembayaran kapitasi tidak dapat diterima dan menimbulkan ketidakpuasan pada dokter karena dianggap tidak adil dan tidak berdasar pada produktivitas dan kinerja dokter, serta mengurangi pendapatan dokter.^{7,8}

Pengaruh kapitasi terhadap efisiensi biaya dan mutu pelayanan kesehatan masih menjadi pendapat yang kontroversial. Secara teoritis pembayaran kapitasi akan memaksa dokter untuk mengubah pola pikir dari yang semula berorientasi pada orang sakit, akan berubah menjadi berorientasi ke orang sehat dengan jalan meningkatkan pelayanan promotif dan preventif, dan pada akhirnya diharapkan akan meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan.⁶ Penelitian lain membuktikan pembayaran kapitasi ini justru dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan, seperti hasil penelitian Grumbach dkk.⁹ yang menunjukkan bahwa sebagian dokter mengalami tekanan akibat adanya pembatasan pengobatan dalam sistem pelayanan terkendali dan hal ini akan berpengaruh pada pengobatan pasien yang kurang optimal dan dapat menimbulkan ketidakpuasan pasien.

Salah satu dampak dari pembayaran kapitasi dokter primer adalah tingginya angka rujukan ke dokter spesialis. Penelitian di Norwegia menunjukkan bahwa perubahan pembayaran ke kapitasi justru meningkatkan angka kunjungan ke dokter spesialis dan rumah sakit sebesar 42%.¹⁰ Hal ini bertolak belakang dengan harapan dari pemerintah yang mengira bahwa pembayaran kapitasi akan

menurunkan rujukan yang tidak perlu (*unnecessary referral*) ke rawat jalan tingkat lanjutan.

Hasil evaluasi di atas menunjukkan bahwa perubahan dalam mekanisme pembayaran belum tentu menghasilkan *output* yang sama. Hal itu berkaitan dengan pengetahuan dan kemampuan dokter untuk mengatur dan menentukan sumber daya apa yang akan digunakan.⁶ Di samping itu, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi kinerja dokter dalam pelayanan kesehatan, antara lain insentif non ekonomi yang berkaitan dengan keinginan untuk menyenangkan pasien, mengurangi ketidakpastian, serta keinginan untuk menggunakan teknologi baru merupakan faktor pendorong untuk terjadinya pelayanan yang berlebihan.³

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kinerja seseorang, antara lain dipengaruhi oleh variabel individu, organisasi dan psikologis.¹¹ Variabel individu meliputi antara lain karakteristik demografis dan keterampilan, variabel organisasi terdiri dari imbalan, struktur, disain pekerjaan, sumber daya, sedangkan variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, motivasi, kepribadian, dan pengetahuan. Faktor yang paling mempengaruhi kinerja dokter dalam mengendalikan biaya pelayanan kesehatan adalah karakteristik dokter yang terdiri dari latar belakang medis, umur, afiliasi (lama kontrak) dengan organisasi *managed care* dan jumlah kasus yang dihadapi.¹² Peneliti lain menyatakan bahwa sikap dan kepuasan dokter, merupakan salah satu variabel penting yang mempengaruhi kinerja dokter dengan pembayaran kapitasi.¹³

Indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja dokter dalam pembayaran kapitasi harus mencakup lima komponen, yaitu: kepuasan pasien, kemampuan interpersonal (termasuk komunikasi), partisipasi dokter dalam organisasi profesi dan akademik, dan produktivitas yang dihasilkan berbasis kompensasi (baik dari kapitasi maupun *fee for service*).¹⁴ Dari kelima komponen di atas, kepuasan pasien merupakan prioritas tertinggi dalam mengukur kinerja tersebut.

Implementasi pembayaran kapitasi di Indonesia diharapkan dapat mendukung keberhasilan sistem pelayanan terkendali khususnya dalam pengendalian biaya dan mutu pelayanan. PT Askes sebagai pelopor sistem asuransi kesehatan di Indonesia telah melakukan kontrak dan pembayaran kapitasi pada ribuan dokter keluarga untuk memberikan pelayanan kepada pesertanya sebagai salah satu bentuk pengendalian biaya kesehatan.

Salah satu faktor kunci untuk pengendalian biaya adalah kinerja dokter keluarga selaku *gate keeper* dalam pelayanan kesehatan. Tantangan

terbesar dalam sistem pembayaran kapitasi secara pra upaya yang diterapkan dalam program asuransi kesehatan yang berbasis *managed care* ini adalah kesiapan dan kemauan para dokter untuk menerima risiko finansial dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada kelompok peserta serta kesiapan masyarakat untuk menerima pembatasan jenis pelayanan dan pelayanan utilisasi yang tidak perlu (*unnecessary utilization*).^{5,15}

Untuk memperjelas hubungan antara berbagai faktor baik variabel individu, variabel psikologis, maupun organisatoris yang menyangkut hubungan dengan lembaga asuransi kesehatan, maka perlu diteliti faktor-faktor yang mempengaruhi dengan kinerja dokter keluarga yang dibayar kapitasi.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini survei dengan rancangan *cross sectional*. Jumlah responden total sebanyak 290 dokter umum yang dikontrak oleh PT Askes sebagai dokter keluarga, minimum 6 bulan. Untuk mengukur kepuasan pasien, dicuplik 300 pasien dokter di atas yang membayar langsung (berbasis *fee for service*) dan 580 pasien asuransi kesehatan yang dikontrakkan ke dokter di atas (rata-rata 2 orang pasien per dokter) berbasis kapitasi. Sampel pasien dicuplik dengan metode *simple random sampling*.

Alat ukur yang digunakan berupa kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan atau pemahaman dokter terhadap kapitasi, kepuasan dokter, sikap dokter dan kepuasan pasien. Semua kuesioner menggunakan skala likert dari sangat tidak setuju (skor 1) sampai sangat setuju (skor 5), kecuali kuesioner untuk tingkat pengetahuan, dengan pilihan jawaban ya dan tidak (skala interval)

Variabel bebas meliputi persentase atau rasio pendapatan kapitasi, lama kontrak dan pengetahuan dokter terhadap kapitasi. Variabel moderator terdiri

dari kepuasan dokter dan sikap terhadap kapitasi. Variabel terikat adalah kinerja dokter keluarga yang merupakan variabel laten dengan tiga variabel observasi sebagai berikut: rasio utilisasi, rasio rujukan dan kepuasan pasien.

Analisis data menggunakan model persamaan struktural dengan AMOS 6 untuk menguji kecocokan model kapitasi dengan data empirik dan hubungan antar variabel.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Variabel Karakteristik Responden

Karakteristik dokter keluarga yang dikontrak oleh PT Askes dalam penelitian ini rata-rata berumur 43 tahun dengan rata-rata lama kontrak 4,5 tahun. Jumlah peserta yang dikontrakkan ke dokter keluarga mempunyai variasi serta *range* yang sangat lebar dari mulai 14 orang sampai 6000 orang per dokter. Dokter yang menerima kontrak di atas 1000 orang pada umumnya adalah dokter keluarga yang menangani peserta dari pegawai suatu perusahaan. Secara keseluruhan rata-rata tiap dokter menerima 547 peserta dan dokter wanita rata-rata menerima kontrak peserta Askes lebih besar (Tabel 1).

Tabel 1 menunjukkan bahwa pendapatan dokter di Indonesia sangat bervariasi (dari Rp366.000,00 sampai Rp20.580.000,00), dengan rata-rata Rp5.222.346,-. Dari hasil observasi lapangan, kesenjangan pendapatan antar dokter ini disebabkan karena lokasi tempat praktik, kondisi fisik tempat praktik, jam buka praktik dan kepercayaan masyarakat terhadap dokter yang bersangkutan. Sebagian besar dokter mempunyai rerata pendapatan kurang dari 5 juta rupiah (sekitar 60%), namun di sisi lain 21,7 % dokter mempunyai pendapatan di atas 8 juta rupiah per bulan dan hampir seluruhnya bertempat tinggal di Pulau Jawa, khususnya di Jawa Tengah.

Tabel 1. Deskripsi Responden yang Dibayar Kapitasi (n= 290)

Variabel	Min	Max	Rerata	SD
Umur (tahun)	24	69	43	9,5
Lama kontrak (bulan)	6	120	4,45	3,3
- Dokter pria	6	120	4,3	3,4
- Dokter wanita	6	120	4,7	3,2
Total jumlah peserta yang dikontrakkan (orang)	14	6000	220	840
- Dokter pria	15	5093	478	713
- Dokter wanita	14	6000	657	1003
Total rerata pendapatan kapitasi per bulan (Rp)	21.000	10.125.000	1.002.458	1.478.917
- Dokter pria	22.500	10.125.000	918.185	1.401.040
- Dokter wanita	21.000	9.000.000	1.136.391	1.592.184
Total rerata pendapatan praktik dokter (FFS dan kapitasi) per bulan (Rp)	366.000	20.580.000	5.222.346	3.843.174
- Dokter pria	366.000	20.580.000	5.099.421	3.791.630
- Dokter wanita	515.000	20.000.000	5.417.708	3.932.916

Pendapatan dokter sebagian besar masih berasal dari pasien umum yang membayar *fee for service*, sedangkan pendapatan dari kapitasi masih dianggap sebagai penghasilan sampingan. Secara umum rerata pendapatan dokter dari kapitasi baru 20% dari total pendapatan. Rerata penerimaan kapitasi per bulan sebesar Rp1.002.458 atau rerata sekitar 20% dari pendapatan total. Sebagian besar dokter (59%) menerima pendapatan kapitasi kurang dari 20% dari total pendapatan dan 54,5% dokter menerima pendapatan kapitasi kurang dari Rp500.000,00 (Tabel 2)

Jumlah peserta Askes yang dikontrakkan ke dokter keluarga juga relatif masih kecil, jika dibandingkan dengan jumlah peserta ideal yang ditetapkan PT Askes yaitu sejumlah 400 orang. Sebagian besar responden (63,45%) hanya menerima kontrak kapitasi dengan jumlah peserta kurang dari 400 orang (Tabel 5). Sebaliknya untuk dokter yang dikontrak untuk melayani peserta dari karyawan perusahaan rata-rata menerima kontrak kapitasi untuk melayani peserta di atas 1000 orang.

Tabel 4 menunjukkan bahwa dokter keluarga di luar Jawa pada umumnya menerima kontrak kapitasi

Tabel 2. Distribusi Pendapatan dan Rasio Pendapatan Dokter dari Kapitasi (n= 290)

Pendapatan Dokter dari Kapitasi per Bulan					
Penerimaan kapitasi	N	%	Rasio pendapatan	N	%
≤ Rp 100.000	51	17.6	≤ 10 %	134	46.2
101.000 – 500.000	108	37.2	11 % - 20 %	39	13.4
501.000 – 1.000.000	48	16.6	21 % - 30 %	32	11.0
1.001.000 – 2.000.000	42	14.5	31 % - 40 %	34	11.7
2.001.000 – 3.000.000	25	8.6	41 % - 50 %	12	4.1
≥3 juta	16	5.5	≥ 50 %	39	13.4
Total	290	100.0	Total	290	100.0

Pendapatan kapitasi yang relatif kecil (Tabel 2), menyebabkan dokter kurang mempedulikan aspek pengendalian biaya. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dengan dokter mengenai alasan dan motivasi dokter mau menerima pembayaran kapitasi. Sebagian besar dari dokter (58%) yang diwawancarai menyatakan bahwa kontrak dengan lembaga asuransi dan menerima pembayaran kapitasi sebenarnya lebih untuk alasan non ekonomi, sebagaimana hasil rekapitulasi dari jawaban dokter pada Tabel 3.

dengan jumlah peserta kurang dari 400 orang. Hal ini mungkin terkait dengan penyebaran peserta Askes komersial yang pada umumnya banyak di kota besar dan daerah industri.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap dokter terhadap pembayaran kapitasi ini secara umum menunjukkan cukup baik, namun rerata kepuasan dokter terhadap kapitasi masih agak rendah. Rendahnya kepuasan dokter terhadap kapitasi diakibatkan karena adanya pembatasan

Tabel 3. Hasil Wawancara dengan 50 Orang Responden di Jawa Tengah, Medan, dan Padang

Alasan Dokter Kontrak dengan Askes				
Kategori	Koding	Uraian	Jumlah	%
Alasan ekonomi	Sumber pendapatan	menambah penghasilan, menambah pasien, bisa memperoleh untung dari obat, pekerjaan relatif ringan karena pasien banyak minta dirujuk	12	24%
	pengalaman	sebagai pengalaman, sekedar pernah ikut, takut efek negatif kalau putus kontrak,	3	6 %
	pemasaran	biar kelihatan ramai, kesannya laris, pasien mengajak teman, biar dikenal	6	12 %
Alasan non ekonomi	sosial	untuk fungsi sosial, biar tidak dianggap eksklusif, supaya dianggap peduli sama buruh,	7	14 %
	loyalitas	harus ikut program pemerintah, mendukung anjuran dinkes, ini sudah tugas dokter umum membantu masyarakat, Kalau gak ikut dikira gak loyal ke pemerintah, ini kan wajib, tidak mungkin menolak	14	28 %
	Hubungan baik	tidak enak sama dokter senior, disuruh mantan kadinkes, ikut ikutan teman, kenal baik sama kepala ASKES-nya	8	16 %
Total			50	100 %

Tabel 4. Perbandingan Jumlah Peserta Askes Antara Dokter Keluarga Berdasar Wilayah

Jumlah peserta kapitasi	Wilayah		Total	
	Jawa	Luar Jawa	n	%
< 400 peserta	84	100	184	63,45 %
≥ 400 peserta	58	48	106	36,55 %
Total	142	148	290	100 %

terhadap pengobatan dan pelayanan yang diberikan dokter serta kecilnya besaran kapitasi yang diberikan. Ketidakpuasan dokter terhadap kecilnya pendapatan kapitasi tersebut membuat beberapa dokter merasa seperti menjadi "buruh" PT Askes. Faktor lain yang menimbulkan ketidakpuasan dalam pembayaran kapitasi adalah tidak adanya sistem informasi kepesertaan yang jelas dan selalu berubah-ubah tiap bulannya juga dianggap tidak adil dan merugikan dokter.

Kondisi di atas menjadi salah satu alasan mengapa pertemuan dokter keluarga Askes di beberapa daerah tidak jalan karena Askes dianggap kurang peduli dengan tuntutan dokter keluarga, sehingga dokter tidak mau mengikuti kegiatan dengan Askes seperti terungkap dari jawaban berikut:

" Selama ini Askes tidak transparan dalam sistemnya dan selama ini tidak pernah ada perbaikan, oleh karena itu kita malas menghadiri pertemuan rutin yang diadakan oleh Askes, percuma aja..."
(dr Purworejo)

" Perubahan jumlah pasien jarang dilaporkan rutin oleh askes, sehingga dokter tidak tahu perubahannya,... jadinya Askes tidak transparan, sementara kalau saya mau mundur dibujuk bujuk terus...."
(dr magelang)

Pengetahuan dan pemahaman dokter terhadap konsep kapitasi cukup baik dengan rerata hampir 70% menjawab benar, namun beberapa dokter pengetahuannya masih rendah, khususnya dokter dokter di luar Jawa. (Tabel 5).

Tabel 5. Diskripsi Pengetahuan, Sikap, dan Kepuasan (n = 290)

Variabel	Min	Max	Rerata	SD
Pengetahuan kapitasi	3	8	6.51	1.132
Sikap terhadap kapitasi	16	55	40.78	7.584
Kepuasan dokter terhadap kapitasi	8	24	17.63	3.743

Untuk mengukur kinerja dokter keluarga Askes digunakan 3 indikator utama, yaitu kepuasan pasien, rasio rujukan dan rasio utilisasi, yang hasilnya terdapat pada Tabel 6.

Tabel 6. Diskripsi Variabel Kinerja Dokter (n= 290)

Kinerja dokter	Min	Max	Rerata	SD
Rasio utilisasi pasien Askes (%)	1	100	23	19
Rasio rujukan pasien Askes (%)	0	200	16	19
Kepuasan pasien Askes	35	67	52,81	5,33

Tabel 6 menggambarkan kinerja dokter secara umum masih cukup baik. rerata rasio kunjungan pasien per dokter adalah 23%. Rasio ini relatif tinggi dibanding angka utilisasi nasional sebesar 15% sebagaimana indikator utilisasi pelayanan yang di buat oleh Depkes untuk indikator pelaksanaan Askeskin. Hal ini menunjukkan bahwa dokter belum dapat menekan angka kunjungan, demikian pula dengan rerata rujukan ke spesialis sebesar 15% juga sedikit lebih tinggi dari rerata angka rujukan nasional yang ditetapkan Depkes sebesar 10%.

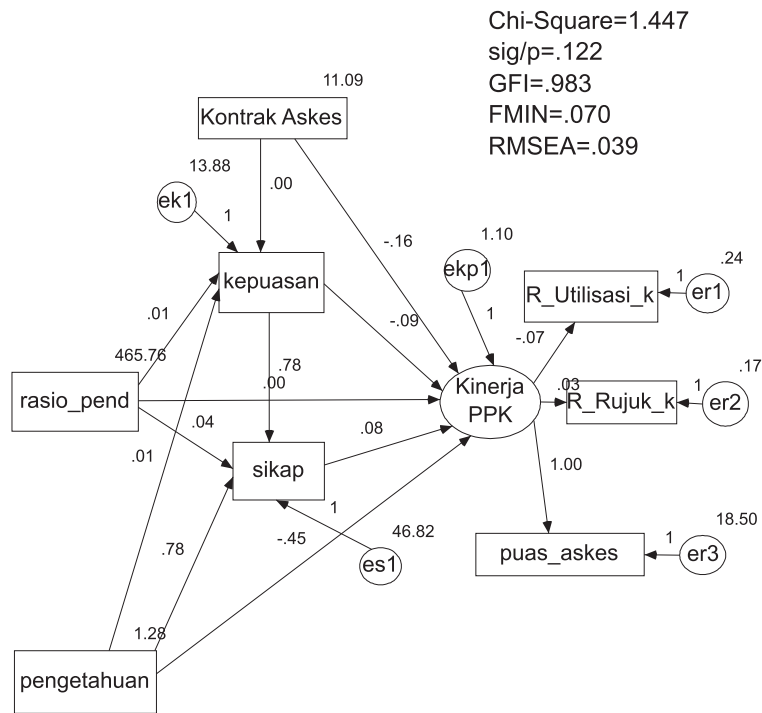
Di sisi lain pengetahuan pasien yang terbatas dan tuntutan pasien yang terlalu tinggi juga sering kali menekan dokter untuk merujuk, walau sebenarnya perawatan tersebut dapat dilakukan di praktik dokter keluarga. Hal di atas mengakibatkan dokter merasa kurang dihargai, seperti pernyataan di bawah ini:

"Dengan terbatasnya tindakan yang diperbolehkan, dokter merasa Askes menganggap bodoh dr umum karena segala tindakan tambahan harus dirujuk ke spesialis." ".... Seringkali pasien askes menganggap dokter sebgai Juru tulis atau tukang stempel rujukan "

(dr Magelang)

B. Analisis Hubungan Antar Variabel dengan Amos 5

Pada penelitian ini dilakukan uji kecocokan model hipotesis yang dibangun dari berbagai teori dan data empirik yang didapat dari lapangan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan model persamaan struktural (*Structural Equation Model / SEM*). Hasil analisis menunjukkan bahwa model teoritis yang dihipotesiskan cocok dengan data penelitian, dengan indikator sebagai berikut : nilai *chi square* $x^2=1,447$; $p > 0,05$ dan *goodness of fit* (GFI) $> 0,9$, seperti digambarkan dalam model Gambar 1.



Gambar 1. Hubungan Antar Variabel yang Mempengaruhi Kinerja Dokter

Analisis *multicolinearity* menunjukkan bahwa sikap, pengetahuan dan lama kontrak mempengaruhi kinerja dokter, yang diukur dari rasio utilisasi, rasio rujukan dan kepuasan pasien rasio (Tabel 7). Sebaliknya pendapatan kapitasi, pengetahuan dan kepuasan dokter tidak mempunyai hubungan langsung dengan kinerja dokter, tetapi melalui variabel sikap sebagai moderator. Dengan kata lain rasio pendapatan dan kepuasan dokter tidak mempunyai efek langsung yang dapat mempengaruhi kinerja dokter.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden menerima pembayaran kapitasi kurang dari 15% dari total pendapatan praktik. Pendapatan kapitasi antara 0% - 15% dari total pendapatan termasuk kategori *low capitation* dan hal ini akan membuat dokter lebih mengutamakan pasien umum yang membayar *fee for service* (FFS) seperti yang selama ini dilakukan.⁶ Dalam lingkungan seperti ini pendekatan yang paling baik adalah dengan model pemberian kapitasi yang hampir sama

Tabel 7. Hubungan antar Variabel dalam Model Kinerja Dokter Keluarga dengan Program AMOS

		Estimate	S.E.	C.R.	P
Kepuasan	<--- pengetahuan	.015	.194	.077	.938
Kepuasan	<--- rasio_pend	.005	.010	.513	.608
Kepuasan	<--- kontrak	.001	.066	.016	.987
Sikap	<--- rasio_pend	.042	.019	2.269	.023
Sikap	<--- pengetahuan	.781	.356	2.192	.028
Sikap	<--- kepuasan	.781	.108	7.232	***
Kinerja_PPK	<--- pengetahuan	-.448	.207	-2.170	.030
Kinerja_PPK	<--- sikap	.081	.034	2.372	.018
Kinerja_PPK	<--- kepuasan	-.091	.065	-1.392	.164
Kinerja_PPK	<--- rasio_pend	.005	.010	.445	.656
Kinerja_PPK	<--- kontrak	-.163	.070	-2.328	.020
K_r_rujuk	<--- Kinerja_PPK	.028	.027	1.045	.296
puas_asks	<--- Kinerja_PPK	1.000			
K_r_utility	<--- Kinerja_PPK	-.070	.037	-1.903	.057

dengan penerimaan pasien FFS, sehingga dokter tidak merasa dirugikan. Pembayaran FFS bagi dokter primer bukan selalu berdampak negatif, karena pembayaran FFS ini akan mendorong dokter primer untuk memberikan layanan seoptimal mungkin untuk pasien dan dapat meningkatkan kepuasan pasien.

Rasio pendapatan kapitasi tidak mempengaruhi kinerja dokter. Hal ini disebabkan karena pembayaran kapitasi tidak sensitif pada jumlah peserta yang kecil dan tidak mendorong kinerja dokter menjadi lebih efisien. Isu ini semakin penting jika dikaitkan dengan tujuan utama implementasi kapitasi untuk efisiensi biaya. Sebaliknya pengetahuan dan sikap dokter serta lama kontrak mempengaruhi kinerja dokter. Hasil ini mendukung peneliti terdahulu.^{12,13} Untuk itu dibutuhkan suatu strategi untuk menjaga hubungan baik antara lembaga *managed care* dengan *provider*, melalui perbaikan kontrak kapitasi yang bersifat *win win*.

Lama kontrak antara lembaga asuransi dengan dokter mempengaruhi kinerja dokter. Hasil ini sesuai dengan peneliti terdahulu dan hasil evaluasi WHO^{12,16} yang menemukan bahwa kontrak lembaga asuransi dengan *provider* akan mendukung keberhasilan pengendalian biaya dan mutu pelayanan. Sosialisasi tentang pembayaran kapitasi sebelum dilakukan kontrak dan *monitoring* perlu dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dokter dan kinerja dokter.

Salah satu kunci penting dalam implementasi kapitasi adalah dengan memberikan sistem penghargaan yang mampu mendorong perubahan perilaku baik dokter maupun pasiennya. Pengendalian biaya hanya pada sisi *provider* tidak akan efektif tanpa melibatkan pasien didalamnya. Beberapa strategi pengendalian biaya dari sisi pasien yang dapat diterapkan untuk mendukung keberhasilan kapitasi ini antara lain dengan menerapkan iur biaya dan meningkatkan pemahaman pasien akan hak dan kewajibannya.

Rasio pendapatan kapitasi dan kepuasan dokter tidak mempunyai efek langsung ke kinerja dokter atau dengan kata lain dikatakan kedua variabel tersebut mempunyai efek jangka panjang untuk mempengaruhi kinerja dokter, karena harus mempengaruhi sikap terlebih dahulu.

Rasio rujukan pada dokter keluarga di Indonesia (16%) termasuk tinggi jika dibandingkan dengan angka rujukan GP di Norwegia (11%) dan di Inggris (5,1%).¹⁰ Tingginya angka rujukan ini dipicu oleh model kapitasi sebagian pada dokter primer yang diterapkan di Indonesia mempunyai potensi untuk terjadinya rujukan berlebih. Dengan pembayaran kapitasi yang relatif masih kecil, dokter merasa lebih untung merujuk pasien kapitasi, dengan maksud

untuk memperbanyak waktu untuk pasien FFS. Untuk mengendalikan rujukan ke spesialis, sebaiknya diterapkan model pembayaran kapitasi yang tidak hanya melibatkan dokter primer, namun juga spesialis. Kullman¹⁸ menyarankan perlunya kapitasi dokter spesialis karena biayanya jauh lebih besar dibanding dokter primer, sehingga lebih efisien.

Bervariasinya angka rujukan antar dokter juga dipengaruhi oleh karakteristik pasien. Tuntutan pasien yang tinggi untuk mendapatkan pelayanan spesialis dan tidak adanya sistem kontrol dan *feed back* yang baik juga mendorong terjadinya rujukan yang berlebih.¹⁷

Hasil penelitian ini juga menunjukkan rerata tingkat kepuasan dokter yang rendah terhadap pembayaran kapitasi, namun tidak ada hubungan antara kepuasan dokter dengan kinerja dokter. Hal ini dikarenakan dokter lebih menganggap bekerja sama dengan lembaga asuransi ini lebih ditekankan pada aspek non ekonomi dibanding aspek ekonomi, sehingga dokter berusaha tetap menjaga mutu pelayanan dan memuaskan pasien. Adanya perbedaan kepuasan pasien antara pasien yang membayar FFS dengan pasien kapitasi disebabkan karena harapan yang terlalu tinggi dan keterbatasan jenis pelayanan bagi pasien kapitasi.

IMPLIKASI KEBIJAKAN

Sistem kapitasi parsial yang saat ini diterapkan pada dokter keluarga dan tidak transparannya sistem *withhold* dan *specialist pool* menyebabkan kurangnya motivasi dari dokter primer untuk mengendalikan utilisasi dan rujukan. Sebaliknya jika model kapitasi total hanya diterapkan pada dokter primer juga tidak akan banyak mempengaruhi efisiensi biaya karena dokter spesialislah yang lebih sering merujuk ke rumah sakit, khususnya ke rumah sakit tempat mereka bekerja. Jika dokter spesialis dan rumah sakit masih dibayar dengan model pembayaran berbasis *fee for service*, maka pengendalian biaya di rumah sakit cenderung sulit dilakukan. Oleh karena itu, ke depan perlu dipikirkan model kapitasi total yang melibatkan tidak hanya dokter primer tetapi juga melibatkan dokter spesialis untuk pengendalian biaya yang lebih baik.

Untuk mencapai salah satu tujuan pembayaran kapitasi dalam meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pasien, perlu dilakukan seleksi dokter primer (*credentialing*) dengan kriteria yang lebih jelas dan transparan. Salah satunya yang dapat dilakukan adalah dengan menggunakan data kepuasan pasien. Data kepuasan pasien ini dapat dijadikan salah satu aspek dalam negosiasi dengan lembaga asuransi kesehatan. Bagi dokter yang mempunyai nilai

kepuasan pasien yang baik dapat diberikan bonus tambahan. Pemberian penghargaan ini dapat meningkatkan perhatian dokter untuk tetap berfokus pada pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sikap, pengetahuan dan lama kontrak mempunyai pengaruh terhadap kinerja dokter dalam pengendalian biaya, sementara rasio pendapatan kapitasi dan kepuasan dokter tidak mempunyai hubungan langsung dengan kinerja dokter, tetapi melalui sikap sebagai moderator.

Pembayaran kapitasi belum efektif meningkatkan kinerja dokter di Indonesia karena rasio pendapatan kapitasi masih relatif kecil.

Saran

Untuk mendorong keberhasilan implementasi kapitasi, diperlukan perubahan kebijakan dalam pembayaran kapitasi, yang mengatur tentang jumlah minimum yang dikontraskan, jenis kapitasi yang memasukkan komponen biaya obat di dalamnya, melibatkan dr spesialis anak dan penyakit dalam sebagai provider pelayanan primer di samping dokter umum

Perlu upaya untuk meningkatkan pemahaman pasien terhadap konsep dokter keluarga dan mekanisme pengendalian biaya dalam sistem asuransi kesehatan berbasis *managed care*.

Penelitian ke depan perlu memasukkan beberapa variabel yang belum masuk dalam penelitian ini, antara lain : karakteristik ekonomi daerah dan regulasi yang mempengaruhi,

KEPUSTAKAAN

1. Kerr, E.A., Mittamn, B.S., Hays, R.D., Siu, A.L., Leake, B., Brook, R.H. Primary Care Physicians' Satisfaction with Quality of Care in California, *JAMA*, 1997; 278 (4) : 303 – 308.
2. Bodenheimer, T., dan Grumbach, K. Understanding Health Policy: A Clinical Approach, 4th ed., McGraw-Hill Co., USA. 2005.
3. HIAA, Managed Care A: Integrated Delivery and Financing Health Care (terjemahan), Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Jakarta. 2001.
4. Zierler, B.K., Marcus-Smith, M.S., Cheadle, A., Conrad, D.A., Kirz, H.L., Madden, C., Noren, J., Perrin, E.B., Ramsey S.D., Ross, A. Effect of Compensation Method on The Behaviour of Primary Care Physician in Managed Care Organizations: Evidence From Interviews With

- Physicians and Medical Leaders in Washington State, *Am J Manag Care*, 1998;4(2):209-20.
5. Kongsvedt, P.R., *Essential of Managed Health Care*, Aspen Publishers Inc., Maryland. 1997.
 6. Boland, P. *The Capitation Sourcebook: a Practical Guide to Managing at Risk Arrangements*, Boland Health Care Inc., California. 1996.
 7. Wynia, M.K., Picken, H.A., Selker, H.P. Physicians' Views On Capitated Payment For Medical Care: Does Familiarity Foster Acceptance? *Am J Manag Care*, 1997; 3(10):1497 – 1502.
 8. Tufano, J., Conrad, D.A., Sales, A., Maynard, C., Noren, J., Kezirian, E., Schelihase, K.G., Liang, S.Y. Effects of Compensation Method on Physician Behaviours, *Am J Manag Care*, 2001;2(4):363- 73.
 9. Grumbach, K., Osmond, D., Vranizan, K., Jaffe, D., Bindman, A.B. Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed Care Systems, *New England Journal of Medicine*, 1998;339(21):1516 –21.
 10. Iversen, T. dan Luras, H., The Effect of Capitation on GPs' Referral Decisions, *Health Economics*, 2000;9:199 – 210.
 11. Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H. Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses (terjemahan), Edisi 5, Penerbit Erlangga, Jakarta. 1992.
 12. Chilingirian, Evaluating Physician Efficiency in Hospitals: Multivariate Analysis of Best Practices, *European Journal of Operational Research*, 1995;80:548 –574.
 13. Rilley, W. dan Yauch, D. Physician autonomy and Provider Accountability, Dalam Boland, P. *The Capitation Sourcebook: a Practical Guide to Managing at Risk Arrangements*, Boland Health Care Inc., California. 1996.
 14. Thabrany, H. Rasio pembayaran Kapitasi, *Ikatan Dokter Indonesia (IDI)*, Jakarta. 2000.
 15. WHO, The Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services: Report of WHO Study Group, WHO Technical Report Series: 829, Geneva. 1993,
 16. Stoverinck, M.J., Lagro-Janssens, A.L., Weel, C.V. Sex Differences in Health Problems, Diagnostic Testing and Referral In Primary Care, *J Fam Pract.*, 1996;43: 567 – 576
 17. Kullman. S. Capitation is for Specialists, Not for Primary Care Physicians, *Managed Care Magazine*, 1997, <http://www.managedcaremag.com/archives/9708>