



## Analisis Tarif Pelayanan Kesehatan Di FKTP (Analysis Of Health Services Rates At FLHSF)

Woro Ispandiyah<sup>1\*</sup>, Sri Sularsih Endartiwi<sup>1</sup>, Muhammad Danang Fahrur Nur Fuad<sup>1</sup>,  
Hendi Irawan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> STIKES Surya Global Yogyakarta

\*Koresponden Penulis: [woroispandiyah87@gmail.com](mailto:woroispandiyah87@gmail.com)

### ABSTRAK

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) merupakan pelayanan yang pertama bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada tahun 2023 pemerintah mengeluarkan kebijakan baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Perubahan peraturan memberikan dampak bagi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam kegiatan operasionalnya dan penggunaan dana kapitasi pada FKTP. Tujuan adalah menganalisis perubahan peraturan tentang tarif pelayanan yang diimplementasikan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi Puskesmas, Klinik pratama dan Dokter Praktek perorangan. Metode Studi Kebijakan dengan melakukan analisis terhadap kebijakan standar tarif yang digunakan di FKTP sejak diberlakukannya program jaminan kesehatan yang menghasilkan *output* terhadap data yang ada, penjabaran dari penemuan hasil kajian. Penelitian dengan pencarian data atau bahan literatur dari peraturan kebijakan tentang tarif pelayanan kesehatan, artikel yang dijadikan suatu landasan dalam isi maupun pembahasan. Hasil penelitiannya adanya perubahan Permenkes no 3 tahun 2023 tentang ketentuan tarif pelayanan kesehatan terdapat kenaikan biaya pelayanan dan aturan yang lebih spesifik. Nilai kapitasi yang baru dapat digunakan untuk biaya pembelian obat dan pengadaan bahan habis pakai. Penentuan besaran tarif pelayanan FKTP perlu dilakukan pengkajian selanjutnya dengan memperhatikan rasio kepesertaan, pembiayaan obat-obatan dan wilayah FKTP.

**Kata kunci:** Tarif, pelayanan; FKTP

### ABSTRACT

First level health service facilities (LFHSF) are the first services for National Health Insurance (NHI) program participants. In 2023, the government issued a new policy, namely Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 3 of 2023 concerning Health Service Tariff Standards in the implementation of health insurance programs. Changes in regulations have an impact on first-level health service providers in their operational activities and the use of capitation funds in FLHSF. The aim is to analyze changes in regulations regarding service rates implemented in first-level health facilities including Community Health Centers, Pratama Clinics and individual practicing doctors. Policy Study Method by analyzing the standard tariff policies used at FLHSF since the implementation of the health insurance program which produces output based on existing data, elaborating on the findings of the study results. Research by searching for data or literature material from policy regulations regarding health service rates, articles that serve as a basis for the content and discussion. The results of the research are changes to Minister of Health Regulation No. 3 of 2023 concerning health service tariff provisions, there are increases in service costs and more specific regulations. The new capitation value can be used for the costs of purchasing medicines and procuring consumables. Determining the tariff for FLHSF

DOI: <https://doi.org/10.51888/phj.v14i1.228>

*services needs to be further studied by taking into account membership ratios, funding for medicines and the FLHSF area. It is hoped that changes to health service tariff regulations at the FLHSF will be able to improve health services.*

**Keywords:** *Tariff, health services, FLHSF*

## **PENDAHULUAN**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang menggunakan sistem pembiayaan kapitasi yang diterapkan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014, sistem pembiayaan kapitasi ini diharapkan akan mengurangi resiko menanggung pembiayaan kesehatan dan mengatasi kesenjangan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Meskipun pelaksanaan JKN di Indonesia membantu pemerataan pelayanan kesehatan namun terdapat persoalan yang juga cukup banyak dalam mengimplementasikan JKN dengan sistem kapitasi antara lain belum semua penduduk tercapuk menjadi peserta, ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, serta manajemen dana kapitasi, monitoring, sistem rujukan yang belum optimal, dan kondisi geografis yang bervariasi menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara kelompok Masyarakat (Istiqomah et al., 2023)

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKTP secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di setiap FKTP. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per kapita perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Kapitasi menjadi salah satu model yang digunakan dalam pembayaran terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Besaran dana kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan memberikan dampak positif dan negatif terhadap pelaksanaan JKN di daerah (Kurniawan et al., 2016)

Penggunaan dana kapitasi JKN untuk dukungan operasional, banyak dana yang tidak dimanfaatkan dan ada anggaran yang tidak terealisasi sama sekali. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan puskesmas adalah dilakukannya penerapan pembayaran kapitasi, namun dalam pelaksanaannya banyak sekali yang tidak dapat mencapai target pembayaran kapitasi yang seharusnya diterima oleh puskesmas (Permenkes., 2014).

Pemerintah pada tahun 2023 mengeluarkan kebijakan baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Pemerintah pada tahun 2023 mengeluarkan kebijakan baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Permenkes ini menggantikan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Perubahan peraturan tentang tarif pembiayaan pada program Jaminan Kesehatan Nasional dalam bentuk besaran dana kapitasi telah memberikan dampak bagi pemberi pelayanan kesehatan pada tingkat pertama. Penetapan baru tentang tarif pembiayaan yang akan mempengaruhi dari kegiatan operasional dalam pelaksanaan pelayanan kepada Masyarakat. Kajian terkait dengan peraturan dilakukan bertujuan

untuk menganalisis kebijakan tentang tarif pelayanan yang diimplementasikan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu Puskesmas, Klinik pratama dan Dokter Praktek perorangan.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yaitu kajian kebijakan standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Kebijakan yang dianalisis dan dilakukan pengkajian adalah Permenkes tahun 2014, 2016 dan 2023. Hasil dari pengkajian kebijakan ini menghasilkan *output* terhadap data yang ada, penjabaran dari penemuan sehingga dapat dijadikan suatu contoh untuk kajian penelitian dalam menyusun pembahasan yang jelas dari isi permasalahan. Penelitian dengan pencarian data atau bahan literatur dari peraturan kebijakan tentang tarif pelayanan kesehatan, artikel yang dijadikan suatu landasan dalam isi maupun pembahasan. Merupakan telaah literatur sederhana dengan beberapa tahap yaitu penentuan judul dan rumusan masalah, telusur bahan kajian, evaluasi argumentasi jurnal, pembuatan dan penyajian argumentasi. Kata kunci yang digunakan untuk pencarian literatur guna mendukung hasil dari kajian ini adalah tarif, kapitasi, BPJS Kesehatan.

## HASIL

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014 sesuai dengan Perpres No 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Pada pasal 29 ayat 3 disebutkan bahwa peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama. Selanjutnya, pada pasal 39 ayat 1 menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Ayat 2, Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna. Pada pasal 41 ayat 1 menyebutkan bahwa Menteri menetapkan standar tarif pelayanan kesehatan yang menjadi acuan bagi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Sedangkan ayat 2 berbunyi Penetapan standar tarif pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kemahalan daerah.

Menindaklanjuti dari Perpres No 12 tahun 2013 tersebut kemudian dikeluarkanlah Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Pasal 4 ayat 1 berbunyi Besaran Tarif Kapitasi ditentukan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan.

Standar Tarif Kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp 6.000,00 (enam ribu rupiah);
- b. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah); dan
- c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp 2.000,00 (dua ribu rupiah).

Pasal 4 ayat 3 tertulis bahwa Penetapan besaran Tarif Kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Peraturan tersebut kemudian diperbaharui di tahun 2016 dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Pasal 4 ayat 1 disebutkan bahwa Penetapan besaran Tarif Kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Pada ayat 2 dibuat suatu ketentuan yang berisi tentang Standar Tarif Kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp 6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan;
- b. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
- c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp 2.000,00 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.

Pasal 4 ayat 3 menyebutkan bahwa besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP ditentukan melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Sedangkan ayat 4 menyebutkan bahwa Penggunaan kriteria dalam pertimbangan penetapan besaran Tarif Kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan secara bertahap, yang untuk pertama kali menggunakan pertimbangan kriteria sumber daya manusia. Ayat 5 berbunyi bahwa Kriteria sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi ketersediaan dokter dan ketersediaan dokter gigi.

Pasal 4 ayat 6 menyebutkan tentang Ketentuan mengenai pertimbangan penilaian pemenuhan kriteria sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) ditetapkan sebagai berikut:

- a. Bagi puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara:
  - 1) Kapitasi sebesar Rp 3.000,00 (tiga ribu rupiah) per peserta per bulan apabila tidak memiliki dokter dan tidak memiliki dokter gigi;
  - 2) Kapitasi sebesar Rp 3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki dokter gigi dan tidak memiliki dokter;
  - 3) Kapitasi sebesar Rp 4.500,00 (empat ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi;
  - 4) Kapitasi sebesar Rp 5.000,00 (lima ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter dan memiliki dokter gigi;
  - 5) Kapitasi sebesar Rp 5.500,00 (lima ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi; dan
  - 6) Kapitasi sebesar Rp 6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, dan memiliki dokter gigi.
- b. Bagi FKTP selain puskesmas:
  - 1) Dokter praktik mandiri memperoleh kapitasi sebesar Rp 8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan, apabila memiliki 1 (satu) orang dokter;
  - 2) Klinik Pratama atau fasilitas kesehatan yang setara, memperoleh:

- a. Kapitasi sebesar Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan tidak memiliki dokter gigi; atau
  - b. Kapitasi sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.
- 3) Rumah sakit kelas D Pratama memperoleh kapitasi sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.

Pasal 5 menyebutkan di ayat 1 bahwa Tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama pada daerah terpencil dan kepulauan yang diberikan oleh FKTP ditetapkan berdasarkan Tarif Kapitasi khusus. Ayat 2, Tarif Kapitasi khusus bagi FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang memiliki dokter ditetapkan sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan. Ayat 3, Tarif Kapitasi khusus bagi FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang hanya memiliki bidan/perawat ditetapkan sebesar Rp 8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan. Ayat 4, Dalam hal jumlah peserta pada FKTP kurang dari 1000 (seribu) peserta, tarif kapitasi khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan minimal sejumlah kapitasi untuk 1000 (seribu) peserta. Sedangkan ayat 5 berbunyi Ketentuan mengenai FKTP pada daerah terpencil dan kepulauan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Permenkes Nomor 52 tahun 2016 baru diperbaharui kembali di tahun 2023 yaitu dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Pada kebijakan ini terdapat beberapa perubahan terkait pembiayaan kesehatan untuk FKTP dari kebijakan sebelumnya. Pada pasal 4 disebutkan bahwa Standar Tarif Kapitasi ditetapkan sebagai berikut a). Puskesmas sebesar Rp 3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah) sampai dengan Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan; b). Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) sampai dengan Rp 16.000,00 (enam belas ribu rupiah) per peserta per bulan; c). praktik mandiri dokter atau praktik dokter layanan primer sebesar Rp 8.300,00 (delapan ribu tiga ratus rupiah) sampai dengan Rp15.000,00 (lima belas ribu rupiah) per peserta per bulan; dan e). praktik mandiri dokter gigi sebesar Rp 3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp 4.000,00 (empat ribu rupiah) per peserta per bulan (Permenkes nomor 52, 2016).

Berdasarkan hasil telaah di Pasal 5 menyebutkan bahwa ayat 1, BPJS Kesehatan membayar besaran tarif pelayanan kesehatan dengan menggunakan standar tarif kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4; Ayat 2, Besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Ayat 3, Besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempertimbangkan kriteria teknis yang meliputi a). sumber daya manusia; b). kelengkapan sarana dan prasarana; c). lingkup pelayanan; dan d). komitmen pelayanan.

Pada kebijakan ini menggunakan kriteria teknis sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a ditentukan berdasarkan: 1). a). ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar; dan/atau b). ketersediaan dokter gigi. 2). Kriteria teknis kelengkapan sarana prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b ditentukan berdasarkan ketersediaan sarana prasarana yang diperlukan dalam pemberian pelayanan oleh dokter dan dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (4). 3) Kriteria teknis lingkup pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c ditentukan berdasarkan risiko peserta terdaftar. Dan 4). Kriteria

teknis komitmen pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d ditentukan berdasarkan kinerja FKTP.

Pada Pasal 6 selanjutnya berisi tentang 1). Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (4) ditetapkan sebagai berikut:

a. Bagi puskesmas

**Tabel 1. Ketentuan Tarif Biaya di Puskesmas**

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tersedia dokter gigi	Rp 7.000,00 (tujuh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp6.300,00 (enam ribu tiga ratus rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tersedia dokter gigi	Rp 6.000,00 (enam ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp 5.300,00 (lima ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tersedia dokter gigi	Rp 4.300,00 (empat ribu Tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tidak tersedia dokter gigi	Rp 3.600,00 (tiga enam ratus rupiah)

b. Bagi klinik pratama, rumah sakit kelas D pratama atau fasilitas kesehatan yang setara:

**Tabel 2. Ketentuan Tarif Biaya FKTP Klinik Pratama**

Rasio dokter terhadap jumlah Peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tersedia dokter gigi	Rp 12.000,00 (dua belas ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tidak Tersedia dokter gigi	Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tersedia dokter gigi	Rp 11.000,00 (sebelas ribu rupiah)
Tersedia Dokter	Tidak Tersedia	Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah)

c. bagi praktik mandiri dokter atau dokter layanan primer:

**Tabel 3. Ketentuan Tarif Biaya di Dokter Praktek Perorangan**

Rasio dokter terhadap jumlah peserta	Besaran Tarif
--------------------------------------	---------------

1:≤5000	Rp 8.800,00 (delapan ribu delapan ratus rupiah)
1:>5000	Rp 8.300,00 (delapan ribu tiga ratus rupiah)

d. bagi praktik mandiri dokter gigi, tarif sebesar Rp 3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan.

(2) Ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk ketersediaan sarana dan prasarana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (5).

Kebijakan di Pasal 7 menyebutkan bahwa ayat 1, Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (6) ditetapkan berdasarkan koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia peserta terdaftar. Penentuan risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku bagi puskesmas, rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik mandiri dokter, atau praktik dokter layanan primer yang memiliki peserta lebih dari 100 (seratus) peserta. Koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:

**Tabel 4. Koefisien Berdasar Jenis Kelamin**

Kelompok Usia (Tahun)	Koefisien	
	Laki-Laki	Perempuan
0 - 5	1,16	1,12
6 - 20	0,78	0,83
21 - 60	0,84	1,18
60 +	1,46	1,57

Koefisien risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) digunakan untuk mengalikan besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6.

Selanjutnya pada Pasal 8, ayat 1 menyebutkan bahwa Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan kinerja FKTP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (7) ditetapkan berdasarkan tingkat kunjungan peserta ke FKTP, optimalisasi peran pemberi pelayanan kesehatan dasar (*gatekeeper*), dan optimalisasi pelayanan promotif dan preventif.

Berdasarkan Permenkes Nomor 59 tahun 2014 kemudian Permenkes Nomor 52 tahun 2016 dan selanjutnya Permenkes Nomor 3 tahun 2023, diketahui bahwa terdapat persamaan peraturan yang berlaku untuk pelayanan kesehatan. Adapun persamaan yang diketahui adalah dari ketiga peraturan tersebut masih sama ditetapkan oleh Menteri Republik Indonesia dimana standar tarif yang digunakan masih sama dengan menggunakan sistem kapitasi. Persamaan lainnya yaitu kriteria penentuan standar tarif dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan pada tingkat pertama. Adapun BPJS dalam menetapkan tarif standar berdasarkan kesepakatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan. Ditemukan beberapa substansi perubahan yang didapatkan dari ketiga peraturan tentang standar tarif pada FKTP terutama terkait dengan perubahan besaran nilai kapitasi yang meliputi:

## 1. Puskesmas

Pada Puskesmas diketahui besaran tarif kapitasi pada Permenkes No 59 tahun 2014 dan Permenkes No 52 tahun 2016 sebesar Rp. 3.000; - Rp. 6.000; namun pada Permenkes No 3 tahun 2023 mengalami perubahan yaitu terdapat kenaikan tarif kapitasi sebesar Rp. 3.600; - 9.000. Kriteria kinerja FKTP yang berlaku pada Permenkes No 59 tahun 2014 dan Permenkes No 52 tahun 2016 kurang spesifik, sedangkan pada ada pada Permenkes No 3 tahun 2023 yaitu Lebih spesifik: berdasarkan tingkat kunjungan peserta ke FKTP, optimalisasi peran pemberi pelayanan kesehatan dasar (*Gatekeeper*) dan optimalisasi pelayanan promotif dan preventif. Selain tarif besaran kapitasi dan kriteria kerja FKTP perbedaan yang ada adalah kriteria sumber daya manusia pada Permenkes No 3 tahun 2023 lebih spesifik dimana ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar; dan/atau ketersediaan dokter gigi. Besaran tarif berdasarkan risiko peserta terdaftar, ditetapkan berdasarkan koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia peserta terdaftar (Puskesmas). Sedangkan untuk klinik dan dokter praktek yang memiliki peserta yang lebih dari 100 peserta dibanding 2 peraturan yang sebelumnya.

## 2. Klinik Pratama

Besaran menentukan tarif kapitasi yang berlaku pada Klinik diketahui juga terdapat perbedaan dari peraturan yang sebelumnya yaitu terdapat kenaikan tarif kapitasi pada permenkes no 3 tahun 2023 yaitu Rp. 9.000; - Rp. 16.000; Rp. 8.000; dibandingkan 2 peraturan sebelumnya yang ditetapkan dengan tarif Rp. 8.000; - Rp.10.000;. Adapun pada Permenkes No 3 tahun 2023 untuk kriteria kinerja dan kriteria SDM masih sama pada Permenkes No 59 tahun 2014 dan Permenkes No 52 tahun 2016.

## 3. Dokter Praktek Perorangan

Pada Dokter Praktek Perorangan sebagai FKTP juga mengalami perubahan dengan diberlakukan sesuai Permenkes No 3 tahun 2023, dimana pada dokter praktek perorangan untuk kriteria perbedaan sama yang berlaku pada klinik pratama baik dari sisi besaran tarif kapitasi yang dibelakukan mengalami kenaikan sama dengan besar tarif Rp. 8.300; - Rp. 15.000; dimana pada 2 peraturan hanya pada besaran Rp. 8.000; - Rp. 10.000; pada pelayanan prakterk dokter perorangan juga mengalami kenaikan tarif dan untuk kriteria kinerja dan sumberdaya manusia pada permenkes no 3 tahun 2023 ini berlaku sama dengan klinik pratama yaitu pada 2 peraturan sebelumnya kurang spesifik dan peraturan baru dijabarkan lebih spesifik.

## PEMBAHASAN

Perubahan peraturan mengenai ketentuan tarif dan dana kapitasi yang berlaku tentunya akan berdampak pada pelayanan kesehatan, dimana harapannya akan menjadi lebih baik dan meningkatkan pelayanan walaupun dalam lapangan masih harus ditemukan berbagai kendala penarapan tarif pelayanan dengan system kapitasi dan sumber daya yang ada pada FKTP. Penelitian sejalan dengan Anggraeni (2016) yang menyatakan bahwa respon tenaga kesehaan yang memperoleh dana jasa pelayanan kesehatan secara umum merasa puas, namun ada beberapa yang merasa tidak puas. masih ada beberapa aturan yang diatur seperti masa kerja yang sudah lama, namun mendapatkan poin sedikit karena pendidikan yang kurang, serta absensi yang tidak terhitung sehingga mempengaruhi pendapatan jasa pelayanannya. Biaya Operasional Kesehatan (Ontorael C, Tucunan AA, 2018).

Selain itu hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan sebagian besar FKTP menyatakan ada kapitasi yang dipergunakan untuk program tambahan dan dana investasi, kecuali pembinaan Dinas Kesehatan. Dana investasi yang dimaksudkan adalah perbaikan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di fasilitas kesehatan. Walaupun program pengelolaan penyakit kronis telah dibiayai secara khusus oleh BPJS Kesehatan, tapi FKTP yang menjadi responden memberikan keterangan bahwa ada proporsi dari kapitasi yang juga digunakan oleh fasilitas kesehatan dalam mendukung kegiatan prolans tersebut. Adanya wacana kebijakan pelayanan 24 jam bagi FKTP mitra JKN menimbulkan respon yang berbeda-beda di daerah studi. Pembiayaan kesehatan secara menyeluruh berhubungan erat dengan strategi kebijakan pembiayaan diluar skema BPJS. Seperti diketahui saat ini anggaran kesehatan pemerintah pusat terbagi atas 4 kelompok besar: 1) anggaran yang berada di BPJS, 2) anggaran yang berada di Kementerian Kesehatan, 3) anggaran yang berada di berbagai Kementerian dan badan di luar Kemenkes; dan 4) anggaran pemerintah Kabupaten/kota dan Provinsi. Penggunaan anggaran BPJS tergantung pada kapitasi dan klaim yang tidak memperhitungkan alokasi perencanaan (Kurniawan et al., 2016).

Menurut (Budiarto & Lusi, 2015) Kapitasi diberikan untuk fasilitas kesehatan primer berdasarkan jumlah peserta yang dilayani dalam sebuah wilayah. Model kapitasi memungkinkan dokter di FKTP menghitung dengan jelas pemasukannya, berdasar pada jumlah peserta yang menjadi tanggungan di wilayahnya (Hazbullah Thabrany, 2007). Peraturan pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas berdampak ketidakadilan dan tidak merata pembiayaan kesehatan. Puskesmas di pedesaan dalam pembelian obat-obatan dan bahan habis pakai membutuhkan biaya transportasi sedangkan Puskesmas perkotaan sebaliknya. Kebijakan yang mengatur pemanfaatan dana kapitasi sebaiknya menetapkan biaya operasional untuk obat-obatan dan bahan habis pakai bukan berdasarkan persentase kapitasi, tetap menggunakan besaran angka absolut per kapitasi dengan mempertimbangkan harga obat pada wilayah tertentu. apabila ada penghematan menjadi tambahan untuk jasa pelayanan kesehatan. Penetapan besaran angka tertentu per kapitasi menjadikan pemerataan dan mengurangi ketidakadilan di Puskesmas yang tidak sesuai jumlah dan jenis tenaga yang ada.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari kajian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa dengan adanya Permenkes baru yaitu permenkes nomor 3 tahun 2023 yang menggantikan Permenkes No 59 tahun 2014 dan Permenkes No 52 tahun 2016 terdapat perubahan yaitu berupa kenaikan tarif pembiayaan pelayanan kesehatan atau kenaikan nilai kapitasi pada FKTP. Dalam permenkes nomor 3 tahun 2023 untuk aturan lebih jelas dan detail sehingga lebih memudahkan dalam penggunaannya dibandingkan dengan permenkes sebelumnya. Selain besaran tarif terdapat kriteria kinerja dan kriteria sumber daya yang lebih spesifik sehingga memperjelas aturan dan kebijakan yang berjalan. Adanya perubahan pada kebijakan standar tarif di FKTP ini memberikan harapan yang baik bagi FKTP agar mampu meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Terimakasih atas bantuan dan dukungannya kepada semua pihak sehingga dapat terselenggarakan pelaksanaan penelitian ini terutama kepada DRTPM Kemendikbud, LLDikti Wilayah V, Ketua STIKES Surya Global.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, W., & Lusi, K. (2015). Pemanfaatan Dana Kapitasi oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam Penyelenggaraan JKN ( The Use Capitation Funds in the First Level Health Facility ( FKTP ) the Implementation JKN ). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(4), 437–445. <https://media.neliti.com/media/publications/20970-ID-the-use-capitation-funds-in-the-first-level-health-facility-fktp-the-implementat.pdf>
- Istiqomah, A., Jayanti, I. P., Wijayanti, R., Hidayatullah, F., & Oktadewi, F. D. (2023). Telaah Artikel: Implementasi Sistem Pembayaran Kapitasi pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Strategi dalam Mengatasi Kesenjangan Pelayanan Kesehatan. *STOMATOGNATIC - Jurnal Kedokteran Gigi*, 20(1), 24. <https://doi.org/10.19184/stoma.v20i1.38596>
- Kebijakan Kesehatan Indonesia ANALISIS KETERSEDIAAN FASILITAS DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN PADA PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL, J., Suryani, D., Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu, F., Kesehatan Provinsi Bengkulu, D., & Penelitian, A. (2014). Analysis of the Availability of Facilities and Health Financing in the Implementation of National Health Coverage in the Province of Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 03(4), 219.
- Kurniawan, M. F., Siswoyo, B. E., Mansur, F., Aisyah, W., Revelino, D., & Gadistina, W. (2016). Monitoring Dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 05(03), 122–131.
- Ontoraël C, Tucunan AA, dan M. F. (2018). Analisis Pemanfaatan Dana Kapitasi Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Puskesmas Wawonasa Kota Manado 2018. *KESMAS*, 7(3). *Kesmas*, 7(3), 1–8. <http://www.ejournalhealth.com/index.php/kesmas/article/view/807/0>
- Permenkes nomor 52. (2016). Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) dan non Indonesian Case Based. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*.
- Permenkes Nomor 59 tahun 2014. Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Permenkes Nomor 3 tahun 2023. Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.