



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PERATURAN BERSAMA
SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DAN
DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR HK.02.05/III/SK/089/2016
NOMOR 3 TAHUN 2016
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS
PEMENUHAN KOMITMEN PELAYANAN PADA FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,
DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Pasal 24 ayat (3) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dikembangkan sistem pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan;

b. bahwa sebagai tindak lanjut pelaksanaan Surat Edaran Bersama Antara Kementerian Kesehatan dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.03.03/IV/053/2016 dan Nomor 01 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan dan Pemantauan Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama perlu disusun Petunjuk Teknis dalam pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 3. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 (Berita Negara Tahun 2016 Nomor 15);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 12 Tahun 2016 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 435);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BERSAMA SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN DAN DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KOMITMEN PELAYANAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA.

Pasal 1

- (1) Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama digunakan sebagai acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, asosiasi fasilitas kesehatan, tim kendali mutu dan biaya, serta pemangku kepentingan terkait dalam penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama secara efektif dan efisien.
- (2) Penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 2

Pengaturan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama meliputi:

- a. persiapan penerapan pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan;
- b. pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan;
- c. penilaian komitmen pelayanan; dan
- d. monitoring dan evaluasi.

Pasal 3

Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bersama ini.

Pasal 4

Peraturan Bersama ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 Juni 2016

SEKRETARIS JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

UNTUNG SUSENO SUTARJO

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd

FACHMI IDRIS

LAMPIRAN
PERATURAN BERSAMA SEKRETARIS
JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN DAN
DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR HK.02.05/III/SK/089/2016
NOMOR 3 TAHUN 2016
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN
PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KOMITMEN
PELAYANAN PADA FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA

PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS
KOMITMEN PELAYANAN PADA FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagai upaya untuk dapat membangun pelayanan yang bermutu bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), perlu memperhatikan adanya aspek kualitas layanan. Aspek kualitas layanan sangat dipengaruhi oleh ketersediaan dan kepatuhan pada standar pelayanan, perilaku tenaga kesehatan yang melayani, dan kecukupan perbekalan kesehatan (suplai obat, alat kesehatan dan bahan habis pakai dan sumber daya lainnya) yang berpengaruh pada kualitas layanan.

Mutu Pelayanan Kesehatan berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. Sistem kendali mutu pelayanan JKN dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan dan administrasi (pelaporan). Disamping itu perlu dipastikan juga bahwa proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai

dengan standar yang ditetapkan dan adanya pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta. Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan harus dapat terukur dan terstandar.

Berbagai jenis pengukuran, standar dan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan telah tersedia dan terus berkembang. Salah satunya adalah dengan metode pembayaran berbasis komitmen pelayanan, dimana metode ini merupakan salah satu konsep strategik yang paling banyak dibahas, bahkan berbagai kalangan di Amerika sejak tahun 2003 telah mendorong agar pembayaran berbasis komitmen pelayanan atau *pay for performance* menjadi prioritas utama nasional dan program asuransi *medicare*.

Dalam pelaksanaan JKN, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) harus dapat melakukan monitoring, evaluasi dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (Peserta) yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan kepada peserta JKN.

Berdasarkan hal tersebut diatas, untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada penyelenggaraan Program JKN dilakukan penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

B. Tujuan

Tujuan penyusunan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah:

1. Menjelaskan persiapan, pelaksanaan, penilaian hingga monitoring dan evaluasi pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
2. Memberikan panduan bersama bagi seluruh pihak terkait dalam pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

C. Definisi

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang

diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
4. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
5. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
7. Klinik Pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus.
8. Dokter Praktik Perorangan yang selanjutnya disebut praktik dokter adalah dokter umum praktik dokter perorangan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar umum dalam rangka upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama
9. Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang hanya menyediakan pelayanan perawatan kelas 3 (tiga) untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan penunjang lainnya.

10. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
11. Komitmen pelayanan adalah komitmen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati.
12. Kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.
13. Indonesia Sehat adalah suatu gambaran kondisi Indonesia pada masa depan yakni masyarakat, bangsa dan Negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
14. Pendekatan Keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan secara berkesinambungan, dengan target keluarga, melalui kunjungan rumah yang didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga.
15. Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang selanjutnya disebut Prolanis adalah suatu sistem yang memadukan antara penatalaksanaan pelayanan kesehatan dan komunikasi bagi sekelompok peserta dengan kondisi penyakit tertentu melalui upaya penanganan penyakit secara mandiri.
16. Peserta Prolanis adalah peserta yang terdaftar dalam Program Pengelolaan Penyakit Kronis untuk penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi, atau diagnosa lain dalam Program Rujuk Balik (Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, stroke, *schizophrenia*, dan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)) yang kemudian dinyatakan termasuk dalam Prolanis.

BAB II

PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS PEMENUHAN KOMITMEN PELAYANAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

A. Ketentuan Umum

1. Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
2. Penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:
 - a. terhadap Puskesmas di wilayah Ibukota Provinsi dilakukan setelah terjadi kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Puskesmas, atau selambat-lambatnya tanggal 1 Januari 2016; dan
 - b. terhadap Puskesmas yang berada di wilayah selain Ibukota Provinsi, Rumah Sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara, akan dilakukan setelah terjadi kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKTP atau selambat-lambatnya tanggal 1 Januari 2017, kecuali bagi FKTP yang ditetapkan sebagai FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil.
Dalam penetapan FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan FKTP mengenai penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP dilaksanakan setelah adanya kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

4. Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

- 1) Angka Kontak

Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh

Peserta berdasarkan jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.

Dalam rangka meningkatkan dan memudahkan akses pelayanan luar gedung, tenaga FKTP harus memiliki data peserta yang terdaftar di FKTP untuk melakukan perencanaan pelayanan luar gedung.

2) Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik

Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensi FKTP.

Jumlah rujukan rawat jalan kasus nonspesialistik adalah jumlah Peserta yang dirujuk dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan atau berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan, FKTP, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Organisasi Profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan FKTP dan progresifitas penyakit yang merupakan keadaan khusus pasien dan/atau kedaruratan medis, serta dituangkan secara tertulis dalam perjanjian kerjasama.

3) Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP

Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB) merupakan indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis.

Jumlah Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar dalam Prolanis (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan, baik di dalam gedung maupun di luar gedung, tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.

5. Khusus bagi Puskesmas, terdapat indikator tambahan dalam pemenuhan komitmen pelayanan untuk mengetahui penyelenggaraan kegiatan promotif preventif di Puskesmas dengan fokus pada kegiatan kunjungan rumah yang dilakukan dalam bentuk pendekatan keluarga untuk mencapai program Indonesia sehat pada semua keluarga di wilayah kerja Puskesmas tanpa melihat peserta JKN atau bukan peserta JKN. Melalui pendekatan keluarga, yaitu mengunjungi setiap keluarga di wilayah kerja, diharapkan Puskesmas dapat menangani masalah-masalah kesehatan dengan pendekatan siklus hidup (*life cycle*).

Terhadap pencapaian indikator tambahan tersebut, Puskesmas akan memperoleh kompensasi dalam bentuk pelatihan/*workshop*/seminar untuk meningkatkan kompetensi dan/atau performa Puskesmas.

Pelaksanaan kegiatan terkait indikator tambahan berupa kunjungan rumah tersebut diatur melalui Petunjuk Teknis Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

6. Penilaian terhadap pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dilakukan setiap bulan.
7. Pembayaran kapitasi atas pemenuhan target indikator komitmen pelayanan dimulai pada bulan ke-4 sejak penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Penyesuaian pembayaran kapitasi akan dilaksanakan berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator komitmen pelayanan.
8. Ketentuan batas waktu pembayaran kapitasi dan ketentuan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Bagi FKTP di wilayah tertentu dengan kondisi khusus, dimungkinkan diberikan penyesuaian (standar indikator) melalui proses usulan dari Kantor Cabang dan Divisi Regional setelah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta telaahan dan persetujuan manajemen BPJS Kesehatan.

B. Tahapan Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

1. Persiapan Penerapan Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

a. Sosialisasi

Sebelum melaksanakan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan, antara lain:

- 1) Dinas Kesehatan Provinsi;
- 2) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- 3) Dinas Pendapatan Keuangan dan Aset Daerah;
- 4) Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya;
- 5) Asosiasi Fasilitas Kesehatan; dan
- 6) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Sosialisasi dilaksanakan dengan tujuan:

- 1) tercapainya persepsi yang sama dengan seluruh pemangku kepentingan;
- 2) terbentuknya komitmen bersama untuk meningkatkan mutu pelayanan di FKTP;
- 3) terbentuknya kesadaran FKTP untuk memenuhi komitmen pelayanan; dan
- 4) terlaksananya pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

b. Pembuatan Kesepakatan dengan Dinas Kesehatan

BPJS Kesehatan dengan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan kesepakatan terkait standar indikator komitmen pelayanan di FKTP.

c. Pembuatan Kesepakatan Dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan

- 1) Divisi Regional BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan melakukan kesepakatan terkait besaran pembayaran kapitasi mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

- 2) Asosiasi Fasilitas Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/ 252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, adalah:
 - a) Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES) sebagai perwakilan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dan praktik perorangan bidan;
 - b) Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) sebagai perwakilan klinik; dan
 - c) Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI) sebagai perwakilan klinik;
 - d) Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai perwakilan praktik perorangan dokter; dan
 - e) Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) sebagai perwakilan praktik perorangan dokter gigi.
 - 3) Dalam hal tidak terdapat Asosiasi Fasilitas Kesehatan di suatu wilayah, maka pembuatan kesepakatan dilakukan dengan Dinas Kesehatan Provinsi setempat.
- d. Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama Dengan Pimpinan FKTP
- 1) Kantor Cabang BPJS Kesehatan melakukan Perjanjian Kerjasama (PKS) atau addendum PKS dengan pimpinan FKTP.
 - 2) Perjanjian kerjasama atau addendum PKS sebagaimana poin a dituangkan berdasarkan:
 - a) hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; dan
 - b) hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- e. Pembentukan Tim Penilai
- 1) Tim Penilai dibentuk berdasarkan Keputusan Kepala Cabang.

- 2) Personalia Tim Penilai terdiri dari:
- a) Pengarah
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
 - b) Ketua
 1. Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Cabang/yang ditunjuk
 2. Kepala Cabang BPJS Kesehatan;
 - c) Sekretaris
Kepala Unit yang membawahi fungsi pelayanan primer Kantor Cabang BPJS Kesehatan
 - d) Anggota
 1. Kepala Bidang yang mempunyai tugas dan fungsi pelayanan primer/pelayanan kesehatan dasar Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
 2. Kepala Seksi yang mempunyai tugas dan fungsi pelayanan primer/pelayanan kesehatan dasar Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
 3. Kepala Unit yang membawahi fungsi kepesertaan Kantor Cabang BPJS Kesehatan;
 4. Kepala Unit yang membawahi fungsi keuangan Kantor Cabang BPJS Kesehatan;
 5. Staf IT *Help Desk* Kantor Cabang; dan
 6. Staf Unit yang membawahi fungsi pelayanan primer Kantor Cabang.
- 3) Tugas Tim Penilai:
- a) memastikan validitas data pemenuhan komitmen pelayanan di FKTP;
 - b) melakukan penilaian komitmen pelayanan sesuai dengan pemenuhan komitmen pelayanan di FKTP berdasarkan indikator yang telah ditetapkan;
 - c) menentukan penyesuaian besaran kapitasi FKTP berdasarkan pencapaian komitmen pelayanan;
 - d) melakukan pemantauan perkembangan pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dan peningkatan mutu kepada Peserta; dan

- e) melaporkan progres kegiatan secara periodik kepada Kepala Divisi Regional dan Dinas Kesehatan Provinsi.
 - f. Sistem Informasi
 - 1) FKTP wajib menggunakan aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan (*P-Care*).
 - 2) Hasil pencatatan FKTP pada aplikasi *P-Care* menjadi sumber data dalam perhitungan indikator KBK.
2. Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan
- a. Kantor Cabang BPJS Kesehatan memberikan data peserta sebagai informasi peserta terdaftar di FKTP.
 - b. FKTP memberikan pelayanan kepada peserta dan melakukan entri data pelayanan melalui aplikasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan secara *real time*, atau paling lambat sampai dengan tanggal 3 (tiga) bulan berjalan untuk pelayanan bulan sebelumnya yang akan dilakukan penilaian. Dalam kondisi tanggal 3 (tiga) bertepatan pada hari libur, maka pengiriman laporan dapat dikirimkan pada hari kerja berikutnya.
 - c. Kantor Cabang BPJS Kesehatan mengolah data laporan untuk menjadi bahan penilaian komitmen pelayanan di FKTP oleh Tim Penilai.
 - d. Penilaian komitmen pelayanan dilakukan oleh Tim Penilai Komitmen Pelayanan melibatkan FKTP berdasarkan laporan yang telah dibuat dan dapat melakukan uji sampling terhadap laporan dan bukti pelayanan yang disampaikan oleh FKTP serta menetapkan keabsahan terhadap hasil uji sampling tersebut.
 - e. Hasil penilaian pemenuhan komitmen pelayanan FKTP dituangkan dalam Berita Acara Hasil Penilaian Pemenuhan Komitmen Pelayanan.
 - f. Tim Monitoring Evaluasi melakukan pembahasan hasil penilaian pemenuhan komitmen pelayanan yang telah dituangkan dalam Berita Acara Hasil Penilaian Pemenuhan Komitmen Pelayanan,

paling lambat dilakukan tanggal 14 (empat belas) setiap bulannya, dengan hasil pembahasan disepakati melalui Berita Acara Hasil Monitoring Evaluasi Pemenuhan Komitmen Pelayanan.

- g. Hasil penilaian pencapaian indikator komitmen pelayanan di FKTP bulan ke-3, ke-6, ke-9, dan seterusnya akan menjadi dasar pembayaran kapitasi mulai bulan ke-4, ke-7, ke-10, dan seterusnya.

3. Penilaian Komitmen Pelayanan

a. Indikator Komitmen Pelayanan

1) Angka Kontak (AK)

- a) Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta serta upaya FKTP terhadap kesehatan Peserta pada setiap 1000 (seribu) Peserta terdaftar di FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b) Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Angka Kontak} = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah Peserta terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Angka kontak adalah perbandingan jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).

- c) Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di satu FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.
- d) Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.

e) Bentuk Kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:

1. Tempat kontak:

Apabila terjadi salah satu atau lebih kontak antara peserta dengan:

- a. FKTP (Puskesmas, Klinik, DPP, RS Kelas D Pratama);
- b. jaringan pelayanan Puskesmas (Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan bidan desa);
- c. jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotek, laboratorium, bidan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya);
- d. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu Lansia; dan
- e. tempat kontak lainnya yang disepakati.

2. Jenis Pelayanan

Kontak antara peserta dengan FKTP adalah kondisi terdapat salah satu atau lebih pelayanan yang diberikan oleh FKTP dalam bentuk:

a. Kunjungan Sakit

- (1) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- (2) Pelayanan tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif, termasuk transfusi darah, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

- (3) Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
 - (4) Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
 - (5) *Home visit* pasien sakit.
 - (6) Pelayanan kasus medis rujuk balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- b. Kunjungan Sehat
- (1) Pelayanan imunisasi.
 - (2) Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok.
 - (3) Pemeriksaan kesehatan Ibu dan anak, serta Keluarga Berencana (KB).
 - (4) *Home visit*.
 - (5) Senam sehat.
3. Bentuk kontak lain yang dapat diukur dan telah disepakati antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan BPJS Kesehatan, baik kunjungan sakit maupun kunjungan sehat.
- f) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf e) yang dicatatkan pada aplikasi *P-Care*.
- g) Pada saat dilakukan penilaian, tim penilai melakukan uji sampling terhadap kontak yang dilaporkan oleh FKTP berupa bukti, antara lain:
1. daftar hadir/bukti kedatangan peserta (tanda tangan peserta);

2. hasil pemeriksaan yang dilakukan, misalnya tekanan darah, GDP/GDPP, berat badan;
 3. dokumentasi kegiatan (foto atau video).
- sesuai kebutuhan tim penilai

2) Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

- a) Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik merupakan indikator untuk mengetahui optimalnya koordinasi dan kerjasama antara FKTP dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya.
- b) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100$$

Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah perbandingan jumlah Peserta yang dirujuk dengan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh Peserta yang dirujuk oleh FKTP dikali 100 (seratus).

- c) Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah Peserta yang dirujuk dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan atau berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan, FKTP, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Organisasi Profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan FKTP dan progresifitas penyakit yang merupakan keadaan khusus pasien dan/atau kedaruratan medis, serta dituangkan secara tertulis dalam berita acara kesepakatan yang menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari perjanjian kerjasama.

- d) Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah peserta yang dirujuk ke FKRTL oleh FKTP.
 - e) Pembahasan dan kesepakatan bersama terkait 144 diagnosa yang harus ditangani secara tuntas di FKTP serta kriteria *Time-Age-Complication-Comorbidity* (TACC) untuk kelayakan rujukan kasus tersebut (yang telah disepakati dapat ditangani secara tuntas) ke FKRTL, dilakukan melalui kegiatan pertemuan daerah antara BPJS Kesehatan dan FKTP yang melibatkan Dinas Kesehatan, Tim Kendali Mutu Kendali Biaya dan Organisasi Profesi wilayah setempat, yang selanjutnya disebut sebagai *Peer Review* Kasus Non Spesialistik.
 - f) Hasil kesepakatan dari kegiatan *Peer Review* Kasus Non Spesialistik menjadi dasar perhitungan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik di masing-masing FKTP.
 - g) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL yang dicatatkan pada aplikasi *P-Care*. Angka rujukan rawat jalan kasus non spesialistik yang dihitung adalah kasus rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam kesepakatan.
- 3) Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB)
- a) Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB) merupakan indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis.
 - b) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$\text{RPPB} = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis yang rutin berkunjung}}{\text{jumlah peserta Prolanis terdaftar di FKTP}} \times 100$$

Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP adalah perbandingan jumlah Peserta Prolanis yang rutin berkunjung ke FKTP dengan jumlah Peserta Prolanis terdaftar di FKTP dikali 100 (seratus).

- c) Jumlah Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar dalam Prolanis (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan, baik di dalam gedung maupun di luar gedung, tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.
- d) Jenis penyakit kronis yang termasuk dalam Prolanis yang dihitung dalam indikator adalah penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi, atau diagnosa lain dalam Program Rujuk Balik (Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, stroke, *schizophrenia*, dan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)) yang kemudian dinyatakan termasuk dalam Prolanis.
- e) Jenis penyakit kronis yang akan dihitung sebagai dasar penghitungan jumlah peserta Prolanis sesuai dengan kesepakatan antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, FKTP dan BPJS Kesehatan.
- f) Aktifitas Prolanis yang akan termasuk dalam perhitungan adalah apabila terdapat salah satu atau lebih dari kegiatan Prolanis, seperti:
 - (1) Edukasi Klub
 - (2) Konsultasi Medis
 - (3) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang
 - (4) Senam Prolanis
 - (5) *Home Visit*
 - (6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB)

- g) Dalam hal peserta Prolanis dirujuk ke FKRTL dengan alasan kontrol ulang rutin, kondisi pasien tidak stabil atau kekosongan obat PRB, maka pasien tetap dinyatakan sebagai pasien Prolanis dan tetap masuk dalam perhitungan. Bentuk kontak/kesinambungan pelayanan bagi peserta dengan kondisi ini tetap dihitung dari aktifitas lain selain konsultasi dan pelayanan obat rutin.
 - h) Peserta dinyatakan tidak terdaftar lagi sebagai pasien Prolanis apabila terjadi salah satu aspek sebagai berikut:
 - (1) Peserta tidak hadir terapi 6 bulan berturut-turut;
 - (2) Peserta hilang kontak komunikasi dengan FKTP selama 6 bulan berturut-turut;
 - (3) Peserta tidak hadir Kegiatan Klub selama 6 bulan berturut-turut;
 - (4) Peserta meninggal dunia;
 - (5) Peserta yang keluar atas keinginan sendiri.
 - i) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan peserta yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan jenis aktifitas Prolanis sebagaimana poin f) yang dicatatkan pada aplikasi *P-Care*.
- b. Indikator Tambahan Dalam Komitmen Pelayanan
- 1) Indikator tambahan dalam komitmen pelayanan berupa kegiatan kunjungan rumah dengan pendekatan keluarga untuk mencapai Program Indonesia Sehat pada semua keluarga di wilayah kerja Puskesmas tanpa melihat peserta JKN atau bukan peserta JKN. Kegiatan ini dilaksanakan untuk mencapai indeks keluarga sehat yang dilihat berdasarkan 12 (dua belas) indikator utama penanda status kesehatan sebuah keluarga sesuai Petunjuk Teknis Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.

- 2) Indikator tambahan dihitung setiap bulan dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$\text{RKR} = \frac{\text{jumlah keluarga (KK) yang dikunjungi dalam program pendekatan keluarga} \times 100}{\text{jumlah keluarga (KK) yang ada di wilayah kerja Puskesmas}}$$

Rasio Kunjungan Rumah adalah perbandingan jumlah keluarga (berdasarkan Kartu Keluarga/KK) yang dikunjungi dalam program pendekatan keluarga dengan jumlah keluarga (KK) yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali seratus. Perhitungan yang dihasilkan dalam bentuk persentase.

- 3) Jumlah keluarga (KK) yang dikunjungi dalam program pendekatan keluarga adalah jumlah peserta JKN atau bukan peserta JKN yang terdapat pada wilayah kerja Puskesmas yang dikunjungi oleh petugas Puskesmas dalam satu bulan.
 - 4) Jumlah keluarga (KK) yang ada di wilayah kerja Puskesmas adalah jumlah seluruh KK yang terdapat dalam wilayah kerja Puskesmas.
 - 5) Sumber data jumlah keluarga (KK) yang dikunjungi dalam program pendekatan keluarga adalah hasil pencatatan data petugas Puskesmas yang terdapat pada masing-masing Puskesmas, sedangkan sumber data untuk jumlah keluarga (KK) yang ada di wilayah kerja Puskesmas adalah hasil pencatatan data jumlah KK yang terdapat pada kecamatan.
- c. Target Pemenuhan Komitmen Pelayanan

Target pemenuhan komitmen pelayanan di FKTP terbagi atas:

- 1) Indikator Komitmen Pelayanan
 - a) **Zona Aman**, yaitu batasan optimal target indikator komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh FKTP agar mendapatkan besaran kapitasi sesuai hasil penetapan besaran kapitasi berdasarkan norma kapitasi yang ditetapkan berdasarkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana prasarana dan lingkup pelayanan.

- b) **Zona Prestasi**, yaitu batasan maksimal target indikator komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh FKTP sehingga FKTP bisa mendapatkan pembayaran kapitasi melebihi kapitasi yang telah ditetapkan berdasarkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana prasarana dan lingkup pelayanan.

1. Angka Kontak (AK)

Target pemenuhan angka kontak oleh FKTP, sebagai berikut:

- a) target pada zona aman paling sedikit sebesar 150‰ (seratus lima puluh permil) setiap bulan; dan
- b) target pada zona prestasi paling sedikit sebesar 250‰ (dua ratus lima puluh permil) setiap bulan.

2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

Target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik oleh FKTP, sebagai berikut:

- a) target pada zona aman sebesar kurang dari 5% (lima persen) setiap bulan; dan
- b) target pada zona prestasi sebesar kurang dari 1% (satu persen) setiap bulan.

3. Rasio Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP (RPPB)

Target pemenuhan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP, sebagai berikut:

- a) target pada zona aman paling sedikit sebesar 50% (lima puluh persen) setiap bulan; dan
- b) target pada zona prestasi paling sedikit sebesar 90% (sembilan puluh persen) setiap bulan.

Tabel 1
Target Pemenuhan Indikator Komitmen Pelayanan

No	Nama Indikator	Target Indikator ZONA AMAN	Target Indikator ZONA PRESTASI
1	Angka kontak	≥ 150 per mil	≥ 250 per mil
2	Rasio rujukan rawat jalan non spesialisistik	$< 5\%$	$< 1\%$
3	Rasio peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP	$\geq 50\%$	$\geq 90\%$

- 2) Indikator Tambahan Dalam Komitmen Pelayanan
Pencapaian terhadap indikator kegiatan kunjungan rumah dengan pendekatan keluarga adalah apabila Rasio Kunjungan Rumah (RKR) mencapai 100/12% atau sekitar 8,33 (delapan koma tiga puluh tiga) persen setiap bulannya. Dengan demikian dalam satu tahun RKR harus dicapai 100% untuk mendapatkan kompensasi komitmen pelayanan.
- d. Penentuan Hasil Pencapaian Komitmen Pelayanan Sebagai Dasar Penentuan Besaran Kapitasi
- 1) Dari hasil penilaian indikator komitmen pelayanan, akan dilakukan penyesuaian besaran tarif kapitasi.
 - 2) Penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan pencapaian target indikator komitmen pelayanan bagi FKTP, sebagai berikut:
 - a) 3 (tiga) target indikator komitmen pelayanan pada zona prestasi, menerima pembayaran kapitasi sebesar 115% (seratus lima belas persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;
 - b) 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan pada zona prestasi dan 1 (satu) indikator lainnya pada zona

aman, menerima pembayaran kapitasi sebesar 110% (seratus sepuluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;

- c) 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan pada zona prestasi dan 2 (dua) indikator lainnya pada zona aman, menerima pembayaran kapitasi sebesar 105% (seratus lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;
- d) 3 (tiga) target indikator komitmen pelayanan pada zona aman, menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;
- e) 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan pada zona aman dan 1 (satu) indikator lainnya tidak memenuhi target pada zona aman, menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;
- f) 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan pada zona aman dan 2 (dua) indikator lainnya tidak memenuhi target pada zona aman, menerima pembayaran kapitasi sebesar 80% (delapan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;
- g) 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan pada zona prestasi, dan 1 (satu) indikator lainnya tidak memenuhi target pada zona aman menerima pembayaran kapitasi sebesar 98% (sembilan puluh delapan persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan;
- h) 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan pada zona prestasi, 1 (satu) target indikator pada zona aman dan 1 (satu) indikator lainnya tidak memenuhi target pada zona aman menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan; dan
- i) 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan pada zona prestasi dan 2 (dua) indikator lainnya tidak memenuhi target pada zona aman menerima

pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- j) FKTP yang tidak memenuhi seluruh target indikator komitmen pelayanan pada zona aman, menerima pembayaran kapitasi sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 3) Dalam hal pemenuhan target indikator komitmen pelayanan menyebabkan besaran tarif kapitasi lebih rendah dari standar tarif kapitasi minimal yang telah ditetapkan oleh Menteri, maka besaran kapitasi yang dibayarkan adalah sebesar tarif kapitasi minimal.
- 4) Dalam hal pemenuhan target indikator komitmen pelayanan menyebabkan besaran tarif kapitasi lebih tinggi dari standar tarif kapitasi maksimal telah ditetapkan oleh Menteri, maka besaran kapitasi yang dibayarkan adalah sebesar tarif kapitasi maksimal.
- 5) Dalam hal FKTP memenuhi 3 indikator komitmen pelayanan zona prestasi yang berlangsung selama 6 bulan berturut-turut dan berada pada kondisi kapitasi maksimal, kompensasi kepada FKTP diberikan dalam bentuk peningkatan kompetensi melalui pelatihan/*workshop*/seminar untuk meningkatkan kompetensi dan/atau performa FKTP.
- 6) Dalam hal Puskesmas menunjukkan hasil penilaian tidak memenuhi indikator komitmen pelayanan pada zona aman selama 3 (tiga) bulan berturut turut, maka BPJS Kesehatan memberikan umpan balik kepada Puskesmas yang tembusannya disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 7) Bagi FKTP selain Puskesmas:
 - a) Apabila menunjukkan hasil penilaian 3 (tiga) indikator tidak memenuhi target pada zona aman selama 3 (tiga) bulan berturut turut, maka BPJS Kesehatan memberikan surat teguran pertama.

- b) Apabila setelah mendapatkan surat teguran pertama kemudian pada bulan berikutnya menunjukkan hasil penilaian 3 (tiga) indikator tidak memenuhi target pada zona aman, maka BPJS Kesehatan memberikan surat teguran kedua.
- c) Apabila setelah mendapatkan surat teguran kedua kemudian pada bulan berikutnya menunjukkan hasil penilaian 3 (tiga) indikator tidak memenuhi target pada zona aman maka BPJS Kesehatan memberikan surat teguran ketiga.
- d) Setelah mendapatkan surat teguran ketiga, maka BPJS Kesehatan mempertimbangkan untuk tidak memperpanjang Perjanjian Kerjasama pada tahun berikutnya.

Tabel 2

Penerapan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

No	Jumlah Indikator			% Pembayaran
	Tidak tercapai target Zona Aman	Zona Aman	Zona Prestasi	
1	0	0	3	115%
2	0	1	2	110%
3	0	2	1	105%
4	0	3	0	100%
5	1	2	0	90%
6	2	1	0	80%
7	1	0	2	98%
8	1	1	1	95%
9	2	0	1	90%
10	3	0	0	75%

e. Penentuan Hasil Pencapaian Indikator Tambahan Dalam Komitmen Pelayanan

Pencapaian indikator tambahan dalam komitmen pelayanan berupa Rasio Kunjungan Rumah (RKR) dihitung berdasarkan penilaian setiap bulan dan dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 3 (tiga) bulan, serta diakumulasikan dalam 1 (satu) tahun untuk mendapat kompensasi pada tahun berikutnya.

Kompensasi diberikan kepada Puskesmas yang mencapai Rasio Kunjungan Rumah (RKR) 100%, dalam bentuk pelatihan/*workshop*/seminar untuk meningkatkan kompetensi dan/atau performa Puskesmas.

BAB III MONITORING EVALUASI

Dalam pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, dilakukan monitoring evaluasi terhadap pelaksanaannya.

Tim Monitoring dan Evaluasi beranggotakan *stakeholder* terkait dalam pelaksanaan Pelayanan Primer di Era JKN, yang terbagi menjadi Tim Monitoring Evaluasi Pusat dan Tim Monitoring Evaluasi Daerah

A. Personil Tim Monitoring Evaluasi

1. Tim Monitoring Evaluasi Daerah

- a. Tim Monitoring dan Evaluasi dibentuk berdasarkan Keputusan Kepala Divisi Regional
- b. Personalia Tim Monitoring dan Evaluasi terdiri dari:
 - 1) Pengarah
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
 - 2) Ketua
 - a) Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Provinsi/yang ditunjuk
 - b) Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan
 - 3) Sekretaris
Kepala Departemen yang membawahi fungsi pelayanan kesehatan Divisi Regional BPJS Kesehatan
 - 4) Anggota
 - a) Kepala Bidang yang mempunyai tugas dan fungsi pelayanan primer/pelayanan kesehatan dasar Dinas Kesehatan Provinsi
 - b) Kepala Departemen yang membawahi fungsi teknologi informasi Divisi Regional BPJS Kesehatan

2. Tim Monitoring Evaluasi Pusat

- a. Tim Monitoring dan Evaluasi Pusat dibentuk berdasarkan Keputusan Direktur Teknis BPJS Kesehatan
- b. Personalia Tim Monitoring Evaluasi Pusat, terdiri dari:
 - 1) Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan;

- 2) Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Kementerian Kesehatan;
- 3) Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan;
- 4) Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pusat;
- 5) Pengurus Pusat Asosiasi Dinas Kesehatan dan Organisasi Profesi; dan
- 6) Grup Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan.

B. Tugas dan Fungsi Tim Monitoring Evaluasi:

1. Tim Monitoring dan Evaluasi Daerah

- a. melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dan hasil penilaian yang dilakukan Tim Penilai dan pelaksanaannya di lapangan;
- b. memberikan rekomendasi dan koreksi atas pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di lapangan, baik kepada FKTP, BPJS Kesehatan maupun Dinas Kesehatan setempat;
- c. memberikan rekomendasi dan usulan perbaikan program;
- d. melaporkan progres kegiatan secara periodik, sebagai bahan pelaporan ke Kantor Pusat; dan
- e. melakukan pembinaan atas pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

2. Tim Monitoring Evaluasi Pusat

- a. melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan;
- b. membahas rekomendasi dan koreksi Tim Monitoring dan Evaluasi Daerah atas pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan sebagai bahan perbaikan kebijakan;
- c. memberikan rekomendasi dan usulan kepada stakeholder pusat terkait lain untuk perbaikan dan optimalisasi program; dan

- d. melakukan pembinaan atas pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.
3. Dalam melaksanakan tugasnya Tim Monitoring Pusat maupun Daerah dapat melakukan kunjungan supervisi FKTP sesuai kebutuhan atau berdasarkan hasil penilaian komitmen pelayanan.

BAB IV
PENUTUP

Untuk mensukseskan pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan perlu adanya sinergi dengan seluruh *stakeholder* terkait, yaitu Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Organisasi Profesi, Tim Kendali Mutu Kendali Biaya, BPJS Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya.

Dengan pelaksanaan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan, diharapkan adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer bagi peserta JKN.

SEKRETARIS JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

UNTUNG SUSENO SUTARJO

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd

FACHMI IDRIS