



PERATURAN BERSAMA
SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DAN
DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR HK.01.08/III/980/2017 TAHUN 2017
NOMOR 2 TAHUN 2017

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 Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.02.05/III/SK/089/2016 dan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, perlu dilakukan penyesuaian dan penyempurnaan pada sistem pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (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 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Tahun 2016 Nomor 15);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143);

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 Kesehatan, seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, 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

Pada saat Peraturan Bersama ini mulai berlaku, Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kesehatan Nomor HK.02.05/III/SK/089/2016 dan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 5

Peraturan Bersama ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 31 Maret 2017

SEKRETARIS JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN,



TRUNG SUSENO SUTARJO

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,



MUHAMMAD HMI IDRIS

LAMPIRAN
PERATURAN BERSAMA SEKRETARIS
JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA DAN DIREKTUR
UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
SOSIAL KESEHATAN
NOMOR HK.01.08/III/980/2017 TAHUN 2017
NOMOR 2 TAHUN 2017
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN
PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS
PEMENUHAN KOMITMEN PELAYANAN PADA
FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

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

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 strategis 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 rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional salah satunya dilakukan penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Pembayaran kapitasi

berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP telah mulai dilaksanakan pada tahun 2016 dengan mengacu pada Surat Edaran Bersama Kementerian Kesehatan dan BPJS 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 dan Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.02.05/III/SK/089/2016 dan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan tahun 2016, terdapat adanya tantangan dan masukan yang didapatkan untuk perbaikan pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Sehubungan dengan hal tersebut, dilakukan pengembangan pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan tahun 2017 yang akan diberlakukan bagi seluruh Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter, dan Rumah Sakit Kelas D Pratama, sehingga pelaksanaan dan penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berjalan efektif dan efisien.

B. Tujuan

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

1. menjelaskan perubahan dalam 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. Praktik Mandiri Dokter adalah 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

- elayanan 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.

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 Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP dilakukan setelah terjadi kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKTP, yaitu:
 - a. terhadap Puskesmas di wilayah Ibukota Provinsi dan di wilayah selain Ibukota Provinsi;
 - b. terhadap Rumah Sakit Kelas D Pratama, Klinik Pratama milik Pemerintah, atau fasilitas kesehatan yang setara dilaksanakan dengan kriteria:
 - 1) telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal 1 (satu) tahun; dan
 - 2) minimal Peserta terdaftar pada Klinik Pratama milik Pemerintah 5.000 Peserta.
 - c. bagi Klinik Pratama milik Swasta dan Praktik Mandiri Dokter tetap dilakukan penilaian kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan tanpa diterapkan penyesuaian kapitasi sampai dengan tanggal 31 Desember 2017.
3. Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP dikecualikan bagi:
 - a. FKTP yang ditetapkan sebagai FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil; dan
 - b. FKTP di wilayah yang sulit mendapatkan akses jaringan komunikasi data, akan tetapi tidak termasuk daerah terpencil dan sangat terpencil yang ditetapkan atas kesepakatan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

4. Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan di Klinik Pratama

Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada Klinik Pratama dilakukan dengan penyesuaian kapitasi sebagai berikut:

- a. Bagi yang telah siap, pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dilakukan sesuai ketentuan; atau
 - b. Bagi yang belum siap, penilaian dilakukan setiap bulan namun penyesuaian pembayaran kapitasi belum diberlakukan.
5. Perjanjian kerja sama 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 dan/atau Asosiasi FKTP.
6. Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

a. 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.

b. 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 progresivitas penyakit yang merupakan keadaan khusus pasien dan/atau kedaruratan medis, serta dituangkan secara tertulis dalam perjanjian kerja sama.

c. 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.

7. 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*).

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

8. Penilaian terhadap pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dilakukan setiap bulan.
9. Penyesuaian pembayaran kapitasi atas pemenuhan target indikator komitmen pelayanan dimulai pada bulan ke-4 sejak penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan berdasarkan hasil penilaian rata-rata pencapaian indikator komitmen pelayanan 3 (tiga) bulan sebelumnya.
10. Ketentuan batas waktu pembayaran kapitasi dan ketentuan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. 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) FKTP.

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 Puskesmas dan praktik perorangan bidan;
 - b) Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) sebagai perwakilan klinik;
 - c) Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI) sebagai perwakilan klinik;
 - d) Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai perwakilan Praktik Mandiri Dokter; dan

- e) Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) sebagai perwakilan Praktik Mandiri 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 Kerja Sama (PKS) atau addendum PKS dengan pimpinan FKTP.
 - 2) PKS atau addendum PKS sebagaimana dimaksud pada angka 1) 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;
- (6) Staf Unit yang membawahi fungsi pelayanan primer Kantor Cabang; dan
- (7) Kepala/staf Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS kesehatan.

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 Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan.

2. Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan
 - a. BPJS Kesehatan wajib memberikan daftar nama peserta yang terdaftar di FKTP dan akses data peserta terdaftar ke FKTP melalui aplikasi yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan.
 - b. Dalam hal akses data peserta terdaftar ke FKTP melalui aplikasi yang ditetapkan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a tidak dapat dilakukan karena tidak terdapat/tersedia jaringan internet, data peserta dapat diberikan dalam bentuk *hardcopy/softcopy*.
 - c. FKTP memberikan pelayanan kepada peserta, selanjutnya 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.
 - d. Kantor Cabang BPJS Kesehatan menyajikan data luaran aplikasi BPJS Kesehatan untuk menjadi bahan penilaian komitmen pelayanan di FKTP oleh Tim Penilai.
 - e. Penilaian komitmen pelayanan dilakukan setiap bulan oleh Tim Penilai dengan melibatkan FKTP berdasarkan data luaran aplikasi BPJS Kesehatan dan dapat melakukan uji sampling terhadap data dan bukti pelayanan yang disampaikan oleh FKTP serta menetapkan keabsahan terhadap hasil uji sampling tersebut.
 - f. Hasil penilaian pemenuhan komitmen pelayanan FKTP dituangkan dalam Berita Acara Hasil Penilaian Pemenuhan Komitmen Pelayanan.

- g. Tim Monitoring Evaluasi melakukan pembahasan hasil penilaian pemenuhan komitmen pelayanan yang telah dituangkan dalam Berita Acara Hasil Penilaian Pemenuhan Komitmen Pelayanan setiap bulan paling lambat tanggal 14 (empat belas) setiap bulannya, dengan hasil pembahasan disepakati melalui Berita Acara Hasil Monitoring Evaluasi Pemenuhan Komitmen Pelayanan.
- h. Hasil rata-rata penilaian pencapaian indikator komitmen pelayanan di FKTP selama 3 (tiga) bulan akan menjadi dasar pembayaran kapitasi selama 3 (tiga) bulan berikutnya, sehingga rata-rata penilaian pada bulan 1, 2, dan 3 digunakan untuk membayar kapitasi pada bulan 4, 5, dan 6.

3. Penilaian Komitmen Pelayanan

a. Indikator Komitmen Pelayanan

1) Angka Kontak (AK)

- a) Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesibilitas 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;
 - (e) Rumah atau domisili Peserta yang dikunjungi oleh FKTP;
 - (f) Upaya Kesehatan Sekolah (UKS); dan
 - (g) 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

- a. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- b. Pelayanan tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
- c. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
- d. Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
- e. Home *visit* pasien sakit.
- f. Pelayanan kasus medis rujuk balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

(b) Kunjungan Sehat

- a. Pelayanan imunisasi.
- b. Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok.
- c. Pemeriksaan kesehatan Ibu dan anak, serta Keluarga Berencana (KB).
- d. Home *visit*.

e. 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.
 - (4) 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*.
 - (5) Pada saat dilakukan penilaian, tim penilai melakukan uji sampling terhadap kontak yang dilaporkan oleh FKTP berupa bukti, antara lain:
 - (a) daftar hadir/bukti kedatangan peserta (tanda tangan peserta);
 - (b) hasil pemeriksaan yang dilakukan, misalnya tekanan darah, GDP/GDPP, berat badan;
 - (c) 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 spesialisik adalah perbandingan jumlah Peserta yang dirujuk dengan kasus non spesialisik dengan jumlah seluruh Peserta yang dirujuk oleh FKTP dikali 100 (seratus).

- c) Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik 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 progresivitas 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 kerja sama.
- 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 spesialisik 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 spesialisik 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:

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

- c) 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).
- d) 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.
- e) Jenis penyakit kronis yang termasuk dalam Prolanis yang dihitung dalam indikator adalah penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi.

- f) Jenis penyakit kronis yang akan dihitung sebagai dasar penghitungan jumlah peserta Prolanis sesuai dengan kesepakatan antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, FKTP dan BPJS Kesehatan.
- g) Aktivitas 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*; dan/atau
 - (6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB).
- h) 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.
- i) Peserta dinyatakan tidak terdaftar lagi sebagai pasien Prolanis apabila terjadi salah satu aspek sebagai berikut:
 - (1) Peserta tidak hadir terapi 6 (enam) bulan berturut-turut;
 - (2) Peserta hilang kontak komunikasi dengan FKTP selama 6 (enam) bulan berturut-turut;
 - (3) Peserta tidak hadir Kegiatan Klub selama 6 (enam) bulan berturut-turut;
 - (4) Peserta meninggal dunia; dan/atau
 - (5) Peserta yang keluar atas keinginan sendiri.

- j) 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:

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

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. Pemenuhan Komitmen Pelayanan
- 1) Target pemenuhan komitmen pelayanan adalah batasan optimal indikator komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh FKTP.
 - 2) Zona aman adalah kondisi FKTP dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan.
 - 3) Zona Tidak Aman adalah kondisi FKTP tidak dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan.
 - 4) Target Pemenuhan Komitmen Pelayanan
 - a) Angka Kontak (AK)
Target pemenuhan angka kontak oleh FKTP sebesar paling sedikit 150‰ (seratus lima puluh permil) setiap bulan.
 - b) Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)
Target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik oleh FKTP sebesar kurang dari 5% (lima persen) setiap bulan.
 - c) Rasio Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP (RPPB)
Target pemenuhan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP, sebesar paling sedikit 50% (lima puluh persen) setiap bulan.

Tabel 1

Target Pemenuhan Indikator Komitmen Pelayanan

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

d) 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.

e) Penyesuaian besaran kapitasi berdasarkan pencapaian target indikator komitmen pelayanan bagi FKTP, sebagai berikut:

- 1) Apabila 3 (tiga) target indikator komitmen pelayanan tercapai, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 2) Apabila 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan tercapai, dan 1 (satu) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- 3) Apabila 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan tercapai dan 2 (dua) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% (Sembilan puluh dua koma lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - 4) FKTP yang tidak memenuhi seluruh target indikator komitmen pelayanan, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- f) Praktik Mandiri Dokter dan Rumah Sakit Kelas D Pratama, kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dilaksanakan dengan hasil pencapaian target indikator komitmen pelayanan menjadi faktor penilai dalam proses rekredensialing dan perpanjangan kontrak.
 - g) Bagi FKTP yang sudah memenuhi persyaratan untuk menerapkan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan namun dalam jangka waktu paling lama 3 (tiga) bulan sejak Peraturan Bersama ini ditetapkan belum menjalankan penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan, pembayaran kapitasi diberikan sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi.
 - h) 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.

Tabel 2
Penerapan Pembayaran Kapitasi Berbasis
Pemenuhan Komitmen Pelayanan

No	Jumlah Pencapaian Target Indikator		% Pembayaran
	Zona Tidak Aman	Zona Aman	
1	0	3	100%
2	1	2	95%
3	2	1	92.5%
4	3	0	90%

d. 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.

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) Perwakilan Adinkes Wilayah Provinsi
 - c) Perwakilan PKFI Wilayah Provinsi
 - d) Perwakilan Asklin Wilayah Provinsi
 - e) Perwakilan IDI Wilayah Provinsi
 - f) 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) Direktorat 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 Adinkes, Asklin, PKFI dan PB IDI; 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,



UNTUNG SUSENO SUTARJO

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,



FACHMI IDRIS