

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 7 TAHUN 2019
TENTANG
PETUNJUK PELAKSANAAN PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KINERJA
PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan Pasal 24 ayat (3) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan perlu mengembangkan sistem pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. bahwa berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis kinerja, perlu dilakukan penyesuaian dan penyempurnaan pada sistem pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Petunjuk Pelaksanaan

Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja 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 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KINERJA PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA.

Pasal 1

- (1) Petunjuk pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama digunakan sebagai acuan dalam penerapan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara efektif dan efisien.
- (2) Penerapan pembayaran kapitasi berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Pasal 2

Petunjuk pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama digunakan 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 tingkat pertama, tim kendali mutu dan biaya, serta pemangku kepentingan terkait.

Pasal 3

Petunjuk pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama disusun dengan sistematika sebagai berikut:

- a. pendahuluan;
- b. pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- c. monitoring dan evaluasi; dan
- d. penutup.

Pasal 4

Petunjuk pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Badan ini.

Pasal 5

Pada saat Peraturan Badan ini mulai berlaku, Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 dan Nomor 2 Tahun 2017, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

- 4 -

Pasal 6

Peraturan Badan ini mulai berlaku 1 (satu) bulan sejak tanggal ditetapkan.

- 5 -

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 30 September 2019

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 1 Oktober 2019

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 1119

Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga
Dan Regulasi,



Jenni Wihartini
NPP: 02271

Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 dan Nomor 02 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan tahun 2018, terdapat adanya tantangan dan masukan yang didapatkan untuk perbaikan pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan, khususnya terkait indikator yang digunakan dalam penilaian komitmen pelayanan dan ketentuan penyesuaian kapitasi atas capaian penilaian komitmen pelayanan. Sehubungan dengan hal tersebut, dilakukan pengembangan pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan menjadi kapitasi berbasis kinerja 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 kinerja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berjalan efektif dan efisien.

B. Tujuan

Tujuan penyusunan Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah:

1. menjelaskan perubahan dalam persiapan, pelaksanaan, penilaian hingga monitoring dan evaluasi pembayaran kapitasi berbasis kinerja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
2. memberikan panduan bersama bagi seluruh pihak terkait dalam pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja 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 klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus dalam rangka upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama.
8. Praktik Mandiri Dokter adalah dokter umum praktik dokter pribadi/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. Kasus non spesialisik adalah penyakit yang mampu didiagnosis dan ditatalaksana secara mandiri dan tuntas sesuai dengan standar

- kompetensi dokter atau dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
12. Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja, yang selanjutnya disebut dengan Pembayaran KBK, adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa hasil kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.
 13. Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang selanjutnya disebut Prolanis adalah pelayanan kesehatan dengan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan peserta penderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya kesehatan yang efektif dan efisien.

BAB II

PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KINERJA PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

A. Ketentuan Umum

1. Pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
2. Penerapan Pembayaran KBK diberlakukan pada seluruh FKTP yang kerja sama kecuali bagi FKTP di wilayah yang sulit mendapatkan akses jaringan komunikasi data yang ditetapkan atas kesepakatan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dievaluasi paling lama setiap 3 (tiga) bulan.
3. Penyesuaian kapitasi berdasarkan capaian kinerja diberlakukan pada FKTP yang menerapkan Pembayaran KBK dan memenuhi kriteria sebagai berikut:
 - a. telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal 1 (satu) tahun; dan/atau
 - b. minimal Peserta terdaftar 5.000 (lima ribu) Peserta.
4. Perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan FKTP mengenai penerapan Pembayaran KBK pada FKTP dilaksanakan setelah adanya kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di tingkat Provinsi.
5. Pelaksanaan Pembayaran KBK dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:
 - a. Angka Kontak (AK)

Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta berdasarkan jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (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.

- b. **Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)**
Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP, sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya.
 - c. **Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)**
Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien *Diabetes Mellitus* tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi *Essensial* (HT).
6. Penyesuaian pembayaran kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan hasil capaian target kinerja FKTP bulan sebelumnya.
 7. Ketentuan batas waktu pembayaran kapitasi dan ketentuan Pembayaran KBK dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.
- B. Tahapan Pelaksanaan Pembayaran KBK**
1. **Persiapan Penerapan Pelaksanaan Pembayaran KBK**
 - a. **Sosialisasi**
Sebelum melaksanakan Pembayaran KBK, BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan, antara lain:
 - 1) Dinas Kesehatan Provinsi;
 - 2) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
 - 3) Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya;
 - 4) Asosiasi Fasilitas Kesehatan; dan
 - 5) 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 target indikator kinerja; dan

- 4) terlaksananya pembayaran KBK.
- b. Pembuatan Kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan
- 1) Kedeputian Wilayah BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan tingkat Provinsi melakukan kesepakatan terkait Pembayaran KBK.
 - 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.
- c. Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama dengan Pimpinan FKTP
- 1) Kantor Cabang BPJS Kesehatan melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan, atau pejabat yang berwenang mewakili.
 - 2) PKS sebagaimana dimaksud pada angka 1) dituangkan berdasarkan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- d. Sistem Informasi
- 1) FKTP wajib menggunakan aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

- 2) Hasil pencatatan FKTP pada aplikasi sebagaimana dimaksud pada angka 1) menjadi sumber data dalam perhitungan indikator pembayaran KBK.

2. Pelaksanaan Pembayaran KBK

- a. BPJS Kesehatan memberikan daftar nama peserta yang terdaftar di FKTP dan akses data peserta terdaftar ke FKTP melalui sistem informasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.
- b. Dalam hal akses data peserta terdaftar ke FKTP melalui sistem informasi yang ditetapkan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a tidak dapat dilakukan karena tidak terdapat/tersedia jaringan internet, data peserta dapat diberikan dalam bentuk media lain yang memungkinkan.
- c. FKTP memberikan pelayanan kepada peserta, selanjutnya melakukan input data pelayanan melalui sistem informasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan secara *real time*.
- d. Penilaian capaian kinerja dan penyesuaian kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan data luaran sistem informasi BPJS Kesehatan.

3. Penilaian Capaian Kinerja

a. Indikator Kinerja

1) Angka Kontak (AK)

- a) Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$AK = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah Peserta terdaftar d FKTP}} \times 1000$$

Perhitungan Angka Kontak merupakan perbandingan antara jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).

- b) Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan

baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan.

c) Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah Peserta Jaminan Kesehatan yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.

d) 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

- i. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- ii. Pelayanan tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
- iii. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
- iv. Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
- v. Kunjungan rumah pasien sakit.
- vi. Pelayanan kasus medis rujuk balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

(b) Kunjungan Sehat

- i. Pelayanan imunisasi.
- ii. Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok.
- iii. Pemeriksaan kesehatan Ibu dan anak, serta Keluarga Berencana (KB).
- iv. Kunjungan rumah.
- v. Senam sehat.

e) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf d) yang dicatatkan pada aplikasi pencatatan pelayanan

tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

- 2) Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)
- a) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

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

Perhitungan RRNS merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

- b) Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c) Rujukan kasus non spesialistik dengan kriteria *Time, Age, Complication* dan *Comorbidity* (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik.
- d) Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.
- e) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.
- 3) Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)
- a) Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

RPPT

$$= \frac{\text{Rasio Prolanis DM terkendali} + \text{Rasio Prolanis HT terkendali}}{2}$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan capaian Rasio Peserta Prolanis DM Terkendali ditambah capaian Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali dibagi 2.

RPPT DM

$$= \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM merupakan perbandingan antara jumlah pasien DM yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM dikali 100% (seratus persen).

RPPT HT

$$= \frac{\text{jumlah peserta Prolanis HT terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan tekanan darah terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT dikali 100% (seratus persen).

- b) Jumlah Peserta Prolanis terkendali adalah peserta dengan diagnosa penyakit DM atau HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa bagi pasien DM atau tekanan darah bagi pasien HT terkendali.
- c) Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT.
- d) Kriteria terkendali adalah:

- 1) pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa; dan
 - 2) pasien HT dengan capaian tekanan darah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Organisasi Profesi.
 - e) Penjaminan pelayanan pemeriksaan kadar gula darah puasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - f) Ketentuan mengenai pengelolaan Peserta Prolanis mengacu pada Pedoman Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang berlaku.
 - g) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan pemantauan kadar gula darah puasa dan tekanan darah pasien pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.
- b. Perhitungan capaian Pembayaran KBK
- 1) Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK adalah sebagai berikut:
 - a) Indikator angka kontak adalah sebesar 40% (empat puluh persen)
 - b) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah sebesar 50% (lima puluh persen)
 - c) Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah sebesar 10% (sepuluh persen)
 - 2) Target Indikator Kinerja
Target indikator kinerja adalah nilai dari perhitungan pencapaian indikator Pembayaran KBK dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) Target indikator angka kontak adalah paling sedikit 150‰ (seratus lima puluh permil)
 - b) Target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah paling banyak 2% (dua persen)
 - c) Target indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah paling sedikit 5% (lima persen)

3) Kriteria penilaian

Kriteria penilaian Pembayaran KBK dibagi dalam 4 kriteria rating berdasarkan target indikator kinerja, dengan ketentuan sebagai berikut:

a) Kriteria penilaian angka kontak:

- (1) Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak $\leq 140\%$
- (2) Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak $> 140\%$ - 145%
- (3) Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak $> 145\%$ - $< 150\%$
- (4) Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak $\geq 150\%$

b) Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik

- (1) Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS $> 3\%$
- (2) Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS $> 2,5\%$ - 3%
- (3) Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS $> 2\%$ - $2,5\%$
- (4) Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS $\leq 2\%$

c) Kriteria penilaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali

- (1) Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT $< 3\%$
- (2) Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT 3% - $< 4\%$
- (3) Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT 4% - $< 5\%$
- (4) Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT $\geq 5\%$

4) Penilaian capaian Pembayaran KBK

a) Penilaian capaian Pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating dari kriteria penilaian capaian kinerja.

b) Besaran pembayaran kapitasi per FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian Pembayaran KBK per masing-masing indikator, dengan ketentuan sebagai berikut:

(1) FKTP Puskesmas

- (a) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- (b) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (c) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (d) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85% (delapan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (2) FKTP Klinik Pratama/RS D Pratama
- (a) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (b) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 97% (sembilan puluh tujuh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (c) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 96% (sembilan puluh enam persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (d) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 5) Hasil capaian kinerja dari Praktek Mandiri Dokter menjadi pertimbangan dalam proses rekredensialing dan/atau proses pelaksanaan kerjasama.
- 6) Dalam hal pemenuhan target capaian kinerja 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.

- 7) Ketentuan mengenai penetapan target indikator kinerja dan penyesuaian besaran kapitasi berdasarkan capaian kinerja akan dievaluasi setiap tahun dan dapat disesuaikan berdasarkan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi FKTP.

Tabel 1
Penilaian PKBK

NO	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian f=bxd
				Rating	Deskripsi	
				a	b	
1	Angka Kontak	40%	≥ 150 ‰	4	≥ 150 ‰	1.6
				3	> 145 - < 150 ‰	1.2
				2	> 140 - 145 ‰	0.8
				1	≤ 140 ‰	0.4
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	≤ 2%	4	≤ 2%	2
				3	> 2 - 2,5 %	1.5
				2	> 2,5 - 3%	1
				1	> 3 %	0.5
3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali	10%	≥ 5 %	4	≥ 5%	0.4
				3	4% - <5%	0.3
				2	3% - <4%	0.2
				1	< 3 %	0.1

Tabel 2
Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian PKBK

Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
	Puskesmas	Klinik Pratama/ RS D Pratama
4	100%	100%
3 - < 4	95%	97%
2 - < 3	90%	96%
1 - < 2	85%	95%

BAB III MONITORING DAN EVALUASI

1. Dalam pelaksanaan pembayaran KBK, dilakukan monitoring evaluasi terhadap pelaksanaannya.
2. Monitoring evaluasi pembayaran KBK dilakukan oleh Tim Monitoring dan Evaluasi beranggotakan *stakeholder* terkait dalam pelaksanaan Pelayanan Primer di Era Program Jaminan Sosial Kesehatan, yang terbagi menjadi Tim Monitoring Evaluasi Pusat dan Tim Monitoring Evaluasi Daerah.

a. Personil Tim Monitoring Evaluasi

Tim Monitoring Evaluasi Daerah terdiri dari Tim Monitoring Evaluasi Kantor Cabang dan Tim Monitoring Evaluasi Provinsi

1) Tim Monitoring Evaluasi Kantor Cabang

- a) Tim Monitoring Evaluasi Kantor Cabang dibentuk berdasarkan Keputusan Kepala Cabang.
- b) Pertemuan Tim Monitoring Evaluasi Kantor Cabang dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali.
- c) Personalia Tim Monitoring Evaluasi Kantor Cabang terdiri dari:
 - (1) Pengarah
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - (2) Ketua
 - (a) Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Cabang/yang ditunjuk.
 - (b) Kepala Cabang BPJS Kesehatan.
 - (3) Sekretaris
Pejabat yang membawahi fungsi pelayanan primer Kantor Cabang BPJS Kesehatan.
 - (4) Anggota
 - (a) Pejabat yang mempunyai tugas dan fungsi pelayanan primer/pelayanan kesehatan dasar Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
 - (b) Perwakilan Adinkes Wilayah Kantor Cabang;
 - (c) Perwakilan PKFI Wilayah Kantor Cabang;

- (d) Perwakilan Asklin Wilayah Kantor Cabang;
- (e) Perwakilan IDI Wilayah Kantor Cabang;
- (f) Staf Bidang yang membawahi fungsi pelayanan primer Kantor Cabang; dan
- (g) Kepala/staf Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

2) Tim Monitoring Evaluasi Provinsi

- a) Tim Monitoring Evaluasi Provinsi dibentuk berdasarkan Keputusan Deputi Direksi Wilayah BPJS Kesehatan.
- b) Pertemuan Tim Monitoring Evaluasi Provinsi dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali.
- c) Personalia Tim Monitoring dan Evaluasi Provinsi terdiri dari:
 - (1) Pengarah
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
 - (2) Ketua
 - (a) Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Provinsi/yang ditunjuk; dan
 - (b) Deputi Direksi Wilayah BPJS Kesehatan
 - (3) Sekretaris
Pejabat yang membawahi fungsi pelayanan kesehatan Kedeputian Wilayah BPJS Kesehatan.
 - (4) Anggota
 - (a) Pejabat 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; dan
 - (f) Staf yang membawahi fungsi pelayanan kesehatan Kedeputian Wilayah BPJS Kesehatan.

- 3) 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 Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan;
 - (2) Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Kementerian Kesehatan;
 - (3) Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan;
 - (4) Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pusat; dan
 - (5) Pengurus Pusat Adinkes, Asklin, PKFI dan PB IDI.

- b. Tugas dan Fungsi Tim Monitoring Evaluasi:
 - 1) Tim Monitoring dan Evaluasi Daerah
 - a) melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan pembayaran KBK;
 - b) memberikan rekomendasi atas pelaksanaan pembayaran KBK, 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 pembayaran KBK.
 - 2) Tim Monitoring Evaluasi Pusat
 - a. melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan pembayaran KBK;
 - b. membahas rekomendasi Tim Monitoring dan Evaluasi Daerah atas pelaksanaan pembayaran KBK 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 pembayaran KBK.
- 3) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Monitoring Pusat maupun Daerah dapat melakukan kunjungan supervisi FKTP sesuai kebutuhan atau berdasarkan hasil penilaian indikator kinerja.

BAB IV
PENUTUP

Untuk menyukseskan pelaksanaan pembayaran KBK 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 pembayaran KBK, diharapkan adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer bagi Peserta Jaminan Kesehatan.

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga
Dan Regulasi,




Jenni Wihartini
NPP: 02271