

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN  
NOMOR 8 TAHUN 2016  
TENTANG  
PENERAPAN KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA PADA  
PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

- Menimbang : a. bahwa pengembangan sistem kendali mutu dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan efektivitas penyelenggaraan jaminan kesehatan;
- b. bahwa diperlukan pengaturan terkait penerapan sistem kendali mutu pelayanan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b serta untuk menjalankan ketentuan Pasal 42 ayat (3) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan 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, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional;

- 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 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 15);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 370);
6. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PENERAPAN KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA PADA PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini yang dimaksud dengan:

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 adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
6. 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.

7. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

#### Pasal 2

- (1) Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien.
- (2) Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan.
- (3) Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui pemenuhan standar mutu yang meliputi:
  - a. standar input pada Fasilitas Kesehatan;
  - b. standar proses pelayanan kesehatan; dan
  - c. standar luaran kualitas kesehatan Peserta.

#### Pasal 3

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, BPJS Kesehatan menerapkan strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan baik di FKTP dan FKRTL.
- (2) Strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud

pada ayat (1), dilakukan melalui:

- a. pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya;
- b. pembentukan dewan pertimbangan medik;
- c. peningkatan kerjasama Fasilitas Kesehatan; dan
- d. penerapan pembayaran berbasis kinerja.

## BAB II

### TIM KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

#### Bagian Kesatu

#### Struktur

##### Pasal 4

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis.

##### Pasal 5

- (1) Tim koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) terdiri dari unsur:
  - a. organisasi profesi;
  - b. akademisi; dan
  - c. pakar klinis.
- (2) Tim teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

##### Pasal 6

- (1) Tim koordinasi dan tim teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) berada di tingkat:
  - a. pusat;
  - b. divisi regional; dan
  - c. cabang.

- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di setiap fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Bagian Kedua  
Persyaratan dan Keanggotaan

Paragraf Kesatu  
Umum

Pasal 7

Calon anggota tim kendali mutu dan kendali biaya adalah seseorang yang berasal dari unsur:

- a. organisasi profesi;
- b. akademisi; atau
- c. pakar klinis;

yang mempunyai keahlian dan/atau pengetahuan khusus di bidang jaminan sosial kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk ditetapkan sebagai anggota tim kendali mutu dan kendali biaya oleh Direksi BPJS Kesehatan.

Paragraf Kedua  
Persyaratan

Pasal 8

- (1) Untuk dapat ditetapkan sebagai anggota tim kendali mutu dan kendali biaya, seseorang harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. warga negara Indonesia;
- b. bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- c. sehat jasmani dan rohani;
- d. memiliki integritas dan kepribadian tidak tercela;
- e. memiliki kualifikasi dan kompetensi yang sesuai;
- f. berusia paling rendah 40 (empat puluh) tahun; dan
- g. tidak sedang menjadi tersangka/terdakwa dalam proses peradilan.

- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuktikan dengan:
- a. kartu tanda penduduk yang sah dan masih berlaku;
  - b. ijazah dan transkrip nilai jenjang pendidikan formal yang dilegalisasi oleh perguruan tinggi dimana yang bersangkutan memperoleh gelar;
  - c. sertifikat keanggotaan perhimpunan profesi dan organisasi profesi;
  - d. surat tanda registrasi profesi kedokteran;
  - e. sertifikat kompetensi profesi kedokteran; dan
  - f. surat pernyataan tidak sedang menjadi tersangka/terdakwa dalam proses peradilan.

Paragraf Ketiga  
Tata Cara Pendaftaran

Pasal 9

- (1) BPJS Kesehatan meminta rekomendasi kepada organisasi profesi, organisasi pakar klinis serta fakultas kedokteran di Indonesia, untuk mengajukan nama calon anggota tim kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Pengajuan nama calon anggota tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), paling banyak 10 (sepuluh) orang dari masing-masing organisasi dan akademisi.
- (3) Terhadap calon anggota tim kendali mutu dan kendali biaya yang telah diajukan oleh organisasi dan akademisi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan proses pemeriksaan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8.

Bagian Ketiga  
Tata Cara Pemilihan dan Penetapan

Pasal 10

- (1) Direksi BPJS Kesehatan memilih dan menetapkan anggota tim kendali mutu dan kendali biaya yang

memenuhi persyaratan berdasarkan rekomendasi organisasi profesi, organisasi pakar klinis serta fakultas kedokteran di Indonesia.

- (2) Sebelum dilakukan proses penetapan, BPJS Kesehatan menyampaikan surat kesediaan kepada calon anggota tim kendali mutu dan kendali biaya yang terpilih.
- (3) Anggota tim kendali mutu dan kendali biaya yang terpilih sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan melalui Keputusan Direksi BPJS Kesehatan.
- (4) Masa kerja tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) selama 2 (dua) tahun sejak ditetapkan.

#### Bagian Keempat

#### Tugas, Tanggung Jawab dan Hasil Kerja

##### Pasal 11

- (1) Tim koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) memiliki tugas dan tanggung jawab sebagai berikut:
  - a. melakukan evaluasi kebijakan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
  - b. memberikan rekomendasi apabila terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dalam hal penerapan mutu pelayanan medis;
  - c. melakukan pembahasan terhadap usulan perbaikan kebijakan;
  - d. membahas hasil audit medis yang memerlukan kebijakan baru; dan
  - e. melakukan evaluasi pelayanan kesehatan bagi peserta untuk menyusun profil pelayanan kesehatan dengan menggunakan:
    1. data milik anggota tim kendali mutu dan kendali biaya;
    2. data milik BPJS Kesehatan yang berasal dari luaran data aplikasi BPJS Kesehatan; dan



3. data lainnya.

- (2) Selain tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim koordinasi di tingkat pusat memiliki tugas dan tanggung jawab menyusun panduan teknis kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.
- (3) Dalam rangka melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim koordinasi memiliki kewenangan:
  - a. sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi;
  - b. *utilization review* dan audit medis;
  - c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan
  - d. berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal:
    1. pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
    2. *utilization review* dan audit medis; dan
    3. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.
- (4) Hasil kerja tim koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
  - a. usulan kebijakan baru mengenai kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensinya;
  - b. rekomendasi kebijakan pelayanan kesehatan serta usulan kebijakan baru kepada pemangku kepentingan terkait;
  - c. penyelesaian audit medis;
  - d. profil pelayanan kesehatan nasional; dan
  - e. petunjuk teknis tim kendali mutu dan kendali biaya.

Pasal 12

- (1) Tim teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) memiliki tugas dan tanggung jawab sebagai berikut:
  - a. melakukan pertemuan pembahasan implementasi JKN yang mencakup aspek pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan;
  - b. memberikan rekomendasi apabila terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dalam hal penerapan mutu pelayanan medis; dan
  - c. melakukan audit medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Dalam rangka melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim teknis memiliki kewenangan sebagai berikut:
  - a. meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan; dan
  - b. melakukan pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.
- (3) Hasil kerja tim teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
  - a. hasil audit medis; dan
  - b. evaluasi dan rekapitulasi permasalahan-permasalahan medis yang masih harus didiskusikan lebih lanjut.
- (4) Hasil audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a menjadi salah satu materi kajian tim koordinasi di tingkat cabang.

### Pasal 13

Tim kendali mutu dan kendali biaya mengadakan pertemuan secara periodik paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun, dan apabila diperlukan dapat mengadakan pertemuan secara insidental.

## BAB III

### DEWAN PERTIMBANGAN MEDIK

#### Bagian Kesatu

#### Struktur

### Pasal 14

- (1) Dewan pertimbangan medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b, merupakan tim yang terdiri dari dokter ahli untuk menjadi mitra dalam mengendalikan mutu dan biaya pelayanan kesehatan Peserta di FKRTL.
- (2) Dewan pertimbangan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas:
  - a. dewan pertimbangan medik pusat; dan
  - b. dewan pertimbangan medik provinsi.
- (3) Keanggotaan dewan pertimbangan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berjumlah:
  - a. 5-15 (lima sampai dengan lima belas) orang untuk dewan pertimbangan medik pusat; dan
  - b. 5-10 (lima sampai dengan sepuluh) orang untuk dewan pertimbangan medik provinsi.
- (4) Jumlah anggota dewan pertimbangan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3), mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi setempat.

f

Bagian Kedua  
Persyaratan

Pasal 15

Persyaratan dan tata cara pendaftaran calon anggota tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 secara *mutatis mutandis* berlaku untuk calon anggota dewan pertimbangan medik.

Bagian Ketiga  
Tata Cara Pemilihan dan Penetapan

Pasal 16

- (1) Direksi BPJS Kesehatan memilih dan menetapkan anggota dewan pertimbangan medik yang memenuhi persyaratan berdasarkan rekomendasi organisasi profesi, organisasi pakar klinis serta fakultas kedokteran di Indonesia.
- (2) Sebelum dilakukan proses penetapan, BPJS Kesehatan menyampaikan surat kesediaan kepada calon anggota dewan pertimbangan medik yang terpilih.
- (3) Anggota dewan pertimbangan medik yang terpilih sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan melalui:
  - a. Keputusan Direksi BPJS Kesehatan bagi dewan pertimbangan medik pusat; dan
  - b. Keputusan Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan bagi dewan pertimbangan medik provinsi.
- (4) Masa kerja dewan pertimbangan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) selama 1 (satu) tahun sejak ditetapkan.

Bagian Keempat  
Fungsi dan Tugas

Pasal 17

- (1) Dewan pertimbangan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki fungsi sebagai pemberi pertimbangan medis bagi BPJS Kesehatan dalam hal penjaminan pelayanan kesehatan bagi Peserta di FKRTL.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dewan pertimbangan medik memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. merekomendasikan keputusan dalam hal terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL di bidang teknis pelayanan medis;
  - b. bersama dengan tim kendali mutu dan kendali biaya menyelesaikan sengketa dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional; dan
  - c. menyampaikan sengketa yang tidak dapat diselesaikan kepada dewan pertimbangan klinis.

BAB IV  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 18

Peraturan BPJS Kesehatan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

f

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

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 27 Desember 2016

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA  
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Desember 2016

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

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2016 NOMOR 2069.

Salinan sesuai dengan aslinya.

↳ Kepala Grup Hukum, Regulasi dan Kepatuhan,



Feryanita

NPP. 01884