



**BUPATI PESISIR BARAT  
PROVINSI LAMPUNG**

**PERATURAN BUPATI PESISIR BARAT  
NOMOR 13 TAHUN 2018**

**TENTANG**

**PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI PESISIR BARAT,**

- Menimbang** : a. bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;
- b. bahwa untuk memperlancar tugas pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan, serta efisiensi pengelolaan keuangan daerah serta tertib administrasi pengelolaan keuangan daerah terkait dengan pembayaran dana kapitasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dipandang perlu mengatur Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Pesisir Barat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan maksud huruf a dan b tersebut di atas perlu ditetapkan dengan peraturan Bupati Pesisir Barat;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. 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);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. 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);
5. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2012 tentang Pembentukan Daerah Kabupaten Pesisir Barat di Provinsi Lampung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 231, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5364);
6. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran jaminan kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012. Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 226);
9. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);

10. 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);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 435);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 761);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601);
17. 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.

18. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Barat Nomor 23 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pesisir Barat (Lembaran Daerah Kabupaten Pesisir Barat Tahun 2016 Nomor 23, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Pesisir Barat Nomor 23), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Barat Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Barat Nomor 23 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pesisir Barat (Lembaran Daerah Kabupaten Pesisir Barat Tahun 2017 Nomor 11, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Pesisir Barat Nomor 35);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Barat Nomor 17 Tahun 2017 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2018 (Lembaran Daerah Kabupaten Pesisir Barat Tahun 2017 Nomor 17, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaen Pesisir Barat Nomor 41);
20. Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 45 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi Tata Kerja Kabupaten Pesisir Barat, sebagaimana telah diubah terakhir kali dengan Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 50 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 45 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kabupaten Pesisir Barat;
21. Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 54 Tahun 2017 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2018.

**Memperhatikan** : Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 5859);

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan** : PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT

# **BAB I**

## **KETENTUAN UMUM**

### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan

1. Daerah adalah Kabupaten Pesisir Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Pesisir Barat.
3. Bupati adalah Bupati Pesisir Barat.
4. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebut JKN 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;
5. Fasilitas kesehatan yang selanjutnya disebut faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah dan atau masyarakat;
6. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya;
7. Puskesmas adalah Puskesmas rawat jalan dan Puskesmas rawat inap yang merupakan FKTP milik Pemerintah Daerah Kabupaten Pesisir Barat.
8. Puskesmas PONED adalah Puskesmas rawat inap yang mampu melaksanakan kegiatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar.
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan;

10. **Pengelola Dana Kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan;**
11. **Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan;**
12. **Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat OPD adalah perangkat daerah pada pemerintah daerah selaku pengguna anggaran atau pengguna barang;**
13. **Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah kepala Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disebut dengan kepala OPD yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai Bendahara Umum Daerah;**
14. **Bendahara Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BUD adalah Pejabat yang diberi tugas untuk melaksanakan fungsi Bendahara Umum Daerah;**
15. **Rencana Kerja dan Anggaran OPD yang selanjutnya disingkat RKA-OPD adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan dan rencana belanja program dan kegiatan OPD sebagai dasar penyusunan APBD;**
16. **Dokumen Pelaksanaan Anggaran OPD yang selanjutnya disingkat DPA-OPD adalah dokumen yang memuat pendapatan dan belanja yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh pengguna anggaran;**
17. **Pejabat Penatausahaan Keuangan OPD yang selanjutnya disingkat PPK-OPD adalah pejabat yang melaksanakan fungsi tata usaha keuangan pada OPD;**
18. **Kepala FKTP adalah Kepala UPT Puskesmas Kabupaten Pesisir Barat;**

19. Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP adalah pegawai negeri sipil yang ditunjuk untuk menjalankan fungsi menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan, dan mempertanggungjawabkan dana kapitasi;
20. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
21. Dana Non Kapitasi adalah besaran dana pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
22. Bidan adalah bidan yang bertugas melaksanakan kegiatan pelayanan kebidanan dan neonatal.
23. Bidan Desa adalah bidan pemerintah baik PNS maupun Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang ditempatkan di desa dan menjadi bagian dari Puskesmas setempat.
24. Bidan Jejaringan adalah bidan swasta atau praktek mandiri yang mengikat kerjasama dengan Puskesmas setempat.

## **BAB II**

### **PETUNJUK PELAKSANAAN**

#### Pasal 2

1. Pelaksanaan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
2. Petunjuk Pelaksanaan ini bertujuan untuk memberikan acuan bagi Puskesmas dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. \_\_\_\_\_

3. Petunjuk Pelaksanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

**BAB III**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 3

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 03 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Pesisir, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 4

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan  
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Pesisir Barat.

Ditetapkan di Krui  
pada tanggal 04 Januari 2018

**BUPATI PESISIR BARAT,**

**AGUS ISTIOLAL**

Diundangkan di Krui  
pada tanggal 04 Januari 2018

**SEKRETARIS DAERAH**  
**KABUPATEN PESISIR BARAT,**

  
**AZHARI**

LEMBARAN BERITA DAERAH KABUPATEN PESISIR BARAT TAHUN 2018  
NOMOR: 13



LAMPIRAN

PERATURAN BUPATI PESISIR BARAT

NOMOR : 13 TAHUN 2018

TANGGAL : 04 Januari 2018

TENTANG : PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT

**PETUNJUK PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1. Latar Belakang**

Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28 dan pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 134 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program JKN.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 maka program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Penyelenggara jaminan kesehatan adalah BPJS Kesehatan.

Terdapat 8 FOKUS PRIORITAS NASIONAL BIDANG KESEHATAN, dimana pada Fokus Prioritas pertama ditetapkan untuk *Peningkatan KIA & KB*, diikuti dengan Perbaikan Gizi masyarakat sebagai prioritas nasional kedua, dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular serta kesling menjadi prioritas ke-tiga, sedangkan Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas menjadi Fokus Prioritas keenam. Untuk Reformasi pembangunan kesehatan ditetapkan 7 PRIORITAS REFORMASI KESEHATAN, dengan menempatkan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai *prioritas pertama* sebagai tulang punggung untuk mendukung seluruh aspek reformasi pembangunan kesehatan.

Fokus prioritas dan prioritas reformasi ditetapkan untuk mencapai Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan

## **2. Tujuan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional**

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

## **BAB II**

### **PENGELOLAAN DANA KAPITASI JKN**

1. Kepala FKTP menyampaikan rencana pendapatan dan belanja kapitasi JKN tahun berjalan kepada Kepala OPD Dinas Kesehatan.
2. Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN, sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
3. Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dianggarkan dalam RKA-OPD Dinas Kesehatan.
4. Kepala OPD Dinas Kesehatan menyusun DPA-OPD berdasarkan peraturan daerah tentang APBD tahun anggaran berkenaan dan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD tahun anggaran berkenaan.

5. Untuk menyelenggarakan fungsi perbendaharaan dana kapitasi JKN, Bupati mengangkat Bendahara dan menetapkan Rekening Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas atas usul Kepala Dinas Kesehatan melalui Kepala Dinas PKAD.
6. Rekening Dana Kapitasi JKN pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan bagian dari Rekening BUD.
7. Pembayaran dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan langsung ke rekening FKTP dan diakui sebagai pendapatan.
8. Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) digunakan langsung untuk pelayanan kesehatan peserta JKN pada FKTP.
9. Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.
10. Bendahara Dana Kapitasi JKN mencatat pendapatan dan belanja pada buku kas dan menyampaikannya setiap bulan kepada Kepala FKTP dengan melampirkan bukti-bukti pendapatan dan belanja yang sah paling lambat pada tanggal 3 bulan berikutnya untuk pengesahan oleh Kepala Puskesmas;
11. Berdasarkan buku kas tersebut, Bendahara Dana Kapitasi JKN menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja Puskesmas, selanjutnya Kepala FKTP menyampaikan laporan tersebut dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab Kepala FKTP setiap bulan kepada Kepala Dinas Kesehatan paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya.
12. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja Kepala FKTP, Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) FKTP termasuk saldo yang belum digunakan setiap bulan kepada Dinas PKAD untuk penerbitan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) FKTP oleh Dinas PKAD selaku Bendahara Umum Daerah (BUD).
13. Pejabat Penatausahaan Keuangan OPD Dinas Kesehatan dan DPKAD selaku BUD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja FKTP sesuai SP2B FKTP berpedoman pada peraturan perundang-undangan.

### **BAB III**

#### **PERTANGGUNGJAWABAN**

1. Kepala FKTP bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN.
2. Bukti bukti pengeluaran belanja atas kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional dan dokumen-dokumen atas pengeluaran belanja dimaksud diadministrasikan dan disimpan oleh masing - masing Puskesmas sebagai bahan pemeriksaan oleh aparaturnya.
3. Pendapatan dan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disajikan dalam Laporan Keuangan OPD dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

### **BAB IV**

#### **RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN**

##### **A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)**

1. Jenis pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
  - a) Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke Faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di Faskes tingkat pertama;
  - b) Pelayanan promotif-preventif, meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar dan imunisasi rutin, keluarga berencana, skrining kesehatan;
  - c) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - d) Pemeriksaan ibu hamil (paket antenatal care (ANC), nifas (paket PNC), ibu menyusui dan bayi.
  - e) Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi
  - f) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
  - g) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
  - h) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama (pemeriksaan darah sederhana (Hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria), urin sederhana (warna, berat jenis, kejernihan, pH, leukosit, eritrosit), feses sederhana (benzidin test, mikroskopik cacing), gula darah sewaktu.

- i) Pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di Faskes tingkat pertama
  - j) Pelayanan rujuk balik dari Faskes lanjutan
  - k) Pelaksanaan Prolanis dan *home visit*
  - l) Pelayanan KB meliputi pemasangan IUD/Implant dan suntik.
2. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di Faskes tingkat pertama sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) dari Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang berlaku.
  3. Pelayanan gigi
    - a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke Faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di Faskes tingkat pertama
    - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
    - c. premedikasi
    - d. kegawatdaruratan oro-dental
    - e. pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
    - f. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
    - g. obat pasca ekstraksi
    - h. tumpatan komposit/GIC

## **B. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)**

1. Jenis pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
  - a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke Faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di Faskes tingkat pertama
  - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
  - c. perawatan dan akomodasi di ruang perawatan
  - d. tindakan medis kecil/sederhana oleh Dokter ataupun paramedis
  - e. persalinan per vaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit
  - f. pemeriksaan penunjang diagnostik selama masa perawatan
  - g. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan

2. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di Faskes tingkat pertama sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) dari Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang berlaku.

### **C. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal**

1. Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan;
2. Persalinan pervaginam normal
3. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned;
4. Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned;
5. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
6. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi;
7. Pelayanan KB dan Penanganan komplikasi KB paska persalinan

### **D. Pelayanan ambulan**

1. Pelayanan ambulan berupa kendaraan darat maupun air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antar fasilitas kesehatan atau ke rujukan yang lebih tinggi disertai dengan upaya atau menjaga kestabilan kondisi pasien dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
2. Pelayanan ambulan yang tidak dijamin antara lain :
  - a. Jemput pasien dari selain Faskes (rumah, jalan, lokasi lain);
  - b. Rujukan farsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan yang merupakan rangkaian perawatan pasien disalah satu faskes);
  - c. Ambulan/mobil jenazah; dan
  - d. Pasien rujuk balik rawat jalan.

## **BAB V PENDANAAN**

### **A. TARIF PADA FKTP**

Tarif pelayanan kesehatan pada FKTP meliputi :

- a. Tarif Kapitasi; dan
- b. Tarif Non Kapitasi.

- 1) Tarif Kapitasi sebagaimana dimaksud dalam huruf a diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan :
  - a. Administrasi pelayanan;
  - b. Promotif dan preventif;
  - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
  - e. Obat dan bahan medis habis pakai; dan
  - f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
  
- 2) Tarif Non Kapitasi sebagaimana dimaksud dalam huruf b diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi, yang meliputi :
  - a. Pelayanan ambulans;
  - b. Pelayanan obat program rujuk balik;
  - c. Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik;
  - d. Pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;
  - e. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis;
  - f. Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangan; dan
  - g. Pelayanan Keluarga Berencana di FKTP.
  
- 3) Penetapan besaran Tarif Kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
  
- 4) Standar Tarif Kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:
  - a. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp. 3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp. 6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan;
  - b. Rumah sakit kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp. 8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp. 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
  - c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar RP. 2.000,00 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.
  
- 5) Besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP ditentukan melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/ atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan.
  
- 6) Penggunaan kriteria dalam pertimbangan penetapan besaran Tarif Kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensial sebagaimana dimaksud pada nomor (5) dilakukan secara bertahap, yang untuk pertama kali menggunakan pertimbangan kriteria sumber daya manusia. \_\_\_\_\_

- 7) Kriteria sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada nomor (6) meliputi ketersediaan dokter dan ketersediaan dokter gigi.
- 8) Ketentuan mengenai pertimbangan penilaian pemenuhan kriteria sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada nomor (5), nomor (6) dan nomor (7) ditetapkan sebagai berikut :
  - a. Bagi puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara :
    - 1) Kapitasi sebesar Rp. 3.000,00 (tiga ribu rupiah) per peserta per bulan apabila tidak memiliki dokter dan tidak memiliki dokter gigi;
    - 2) Kapitasi sebesar Rp. 3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki dokter gigi dan tidak memiliki dokter;
    - 3) Kapitasi sebesar Rp. 4.500,00 (empat ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi;
    - 4) Kapitasi sebesar Rp. 5.000,00 (lima ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter dan memiliki dokter gigi;
    - 5) Kapitasi sebesar Rp. 5.500,00 (lima ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi; dan
    - 6) Kapitasi sebesar Rp. 6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, dan memiliki dokter gigi.
  - b. Bagi FKTP selain puskesmas :
    - 1) Dokter praktik mandiri memperoleh kapitasi sebesar Rp. 8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan, apabila memiliki 1 (satu) orang dokter;
    - 2) Klinik Pratama atau fasilitas kesehatan yang setara, memperoleh :
      - a) Kapitasi sebesar Rp. 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan tidak memiliki dokter gigi; atau
      - b) Kapitasi sebesar Rp. 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.
    - 3) Rumah sakit kelas D Pratama memperoleh kapitasi sebesar Rp. 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.
- 9) Tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama pada daerah terpencil dan kepulauan yang diberikan oleh FKTP ditetapkan berdasarkan Tarif Kapitasi khusus.
- 10) Tarif Kapitasi khusus bagi FKTP sebagaimana dimaksud yang memiliki dokter ditetapkan sebesar Rp. 10.000,0 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan.



- 11) Tarif Kapitasi khusus bagi FKTP sebagaimana dimaksud yang hanya memiliki bidan/perawat ditetapkan sebesar Rp. 8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan.
- 12) Dalam hal jumlah peserta pada FKTP kurang dari 1000 (seribu) peserta, tarif kapitasi khusus sebagaimana dimaksud dibayarkan minimal sejumlah kapitasi untuk 1000 (seribu) peserta.
- 13) Ketentuan mengenai FKTP pada daerah terpencil dan kepulauan sebagaimana dimaksud dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 14) Penggantian biaya pelayanan ambulans diberikan pada pelayanan ambulans darat dan ambulans air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 15) Penggantian biaya pelayanan ambulans sesuai dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- 16) Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, tarif ditetapkan dengan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah.
- 17) Pelayanan obat program rujuk balik diberikan untuk penyakit kronis meliputi diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, *stroke*, dan *Sindroma Lupus Eritematosus (SLE)* dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- 18) Pelayanan obat program rujuk balik harus menggunakan obat program rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional.
- 19) Pelayanan obat program rujuk balik harus diberikan oleh ruang farmasi, apotek atau instalasi farmasi klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- 20) Dalam hal ruang farmasi puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat program rujuk balik, pelayanan obat program rujuk balik di puskesmas obatnya disediakan oleh apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- 21) Harga obat program rujuk balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *e-Catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- 22) Besarnya biaya pelayanan kefarmasian adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali harga dasar obat sesuai *e-Catalogue*.

- 23) Pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di FKTP terdiri atas :
- a. Pemeriksaan gula darah sewaktu;
  - b. Pemeriksaan gula darah puasa (GDP);
  - c. Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP);
  - d. Pemeriksaan HbA1c; dan
  - e. Pemeriksaan kimia darah, meliputi :
    - 1) *Microalbuminuria*;
    - 2) *Ureum*;
    - 3) *Kreatinin*;
    - 4) Kolesterol total;
    - 5) Kolesterol LDL;
    - 6) Kolesterol HDL; dan
    - 7) *Trigliserida*.
- 24) Pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik diberikan :
- a. Pemeriksaan gula darah sewaktu, sesuai indikasi medis;
  - b. Pemeriksaan gula darah puasa (GDP), 1 (satu) bulan 1 (satu) kali;
  - c. Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP), 1 (satu) bulan 1 (kali);
  - d. Pemeriksaan HbA1c, 3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan 1 (satu) kali; dan
  - e. Pemeriksaan kimia darah, 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun
- 25) Tarif pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik ditetapkan sebesar Rp. 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp. 20.000,00 (dua puluh ribu rupiah).
- 26) Tarif pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik ditetapkan sebesar Rp. 160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah) sampai dengan Rp. 200.000,00 (dua ratus ribu rupiah).
- 27) Tarif pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik ditetapkan sebagai berikut :
- a. *Microalbuminuria* sebesar Rp. 120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah);
  - b. *Ureum* sebesar Rp. 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
  - c. *Kreatinin* sebesar Rp. 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
  - d. Kolesterol total sebesar Rp. 45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah);
  - e. Kolesterol LDL sebesar Rp.60.000,00 (enam puluh ribu rupiah);
  - f. Kolesterol HDL sebesar Rp.45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah)
  - g. *Trigliserida* sebesar Rp.50.000,00 (lima puluh ribu rupiah)
- 28) Pelayanan penapisan (screening) kesehatan tertentu merupakan pelayanan yang termasuk dalam lingkup Non Kapitasi, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 29) Dalam hal pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu memerlukan pemeriksaan penunjang IVA, *Pap Smear* dan gula darah, diberlakukan Tarif Non Kapitasi sebagai berikut :
- a. Pemeriksaan IVA maksimal Rp. 25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah);
  - b. Pemeriksaan *Pap Smear* maksimal Rp. 125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
  - c. Pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa (GDP) dan pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP) ditetapkan sebesar Rp.10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp. 20.000,00 (dua puluh ribu rupiah).
- 30) Standar tarif pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA positif sebesar Rp. 150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah).
- 31) Tarif Rawat Inap yang dilakukan di FKTP diberlakukan dalam bentuk paket.
- 32) Tarif Rawat Inap pada FKTP ditetapkan sebesar Rp. 120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah) sampai dengan Rp. 200.000,00 (dua ratus ribu rupiah)
- 33) Tarif Rawat Inap pada FKTP ditetapkan oleh BPJS Kesehatan bersama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
- 34) Jasa pelayanan kebidanan, neonatal dan Keluarga Berencana yang dilakukan oleh bidan atau dokter ditetapkan sebagai berikut :
- a. Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan, sebesar Rp. 200.000,00 (dua ratus ribu rupiah);
  - b. Dalam hal pemeriksaan ANC tidak dilakukan di satu tempat maka dibayarkan per kunjungan, sebesar Rp. 50.000,00 (lima puluh ribu rupiah);
  - c. Persalinan pervaginam normal yang dilakukan oleh bidan, sebesar Rp. 700.000,00 (tujuh ratus ribu rupiah) dan yang dilakukan oleh dokter, sebesar Rp.800.000,00 (delapan ratus ribu rupiah);
  - d. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED, sebesar Rp. 950.000,00 (sembilan ratus lima puluh ribu rupiah);
  - e. Pemeriksaan *Post Natal Care* (PNC)/neonatus sesuai standar dilaksanakan dengan 2 (dua) kali kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua (KFI-KNI dan KF2-KN2), 1 (satu) kali kunjungan neonatus ketiga (KF3), serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas ketiga (KF3), sebesar Rp. 25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) untuk tiap kunjungan dan diberikan kepada pemberi pelayanan yang pertama dalam kurun waktu kunjungan;
  - f. Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED, sebesar Rp. 175.000,00 (seratus tujuh puluh lima ribu rupiah);
  - g. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan/atau neonatal Rp. 125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan

h. Pelayanan KB (Keluarga Berencana) :

- 1) Pemasangan dan/ atau pencabutan IUD/implant, sebesar Rp. 100.000,00 (seratus ribu rupiah);
- 2) Pelayanan suntik KB, sebesar Rp. 15.000,00 (lima belas ribu rupiah) setiap kali suntik;
- 3) Penanganan Keluarga Berencana Metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi, sebesar Rp. 350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah).

**B. TATA CARA PEMBAYARAN OLEH BPJS KE FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (PUSKESMAS)**

**1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)**

a. Ketentuan mutasi tambah kurang peserta

1) Peserta lama yang melakukan pergantian Faskes tingkat pertama

- Apabila peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari Faskes tingkat pertama ke Faskes tingkat pertama lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada Faskes tingkat pertama yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.
- Peserta yang melakukan mutasi pada bulan berjalan tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di Faskes tingkat pertama yang baru sampai dengan bulan berjalan selesai. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di Faskes tingkat pertama yang baru pada bulan berikutnya.

2) Peserta baru

- Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
- Perhitungan kapitasi dengan penambahan peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.

b. Pembayaran kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dilaksanakan setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 15 (lima belas) bulan berjalan.

## 2. **Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)**

Pengajuan klaim Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota **PIHAK PERTAMA** yang dilakukan oleh Faskes tingkat pertama secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya dengan menyampaikan kelengkapan administrasi sebagai berikut :

- a. Kuitansi asli rangkap 3 (tiga), bermaterai secukupnya.
  - b. FPK rangkap 3 (tiga)
  - c. Rekapitulasi pelayanan
    - Nama penderita;
    - Nomor Identitas;
    - Alamat dan nomor telepon pasien;
    - Diagnosa penyakit;
    - Jumlah hari rawat
    - Besaran tarif
    - Jjumlah tagihan paket Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) (besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat);
    - Jumlah seluruh tagihan
3. Berkas pendukung masing-masing pasien:
- Salinan/fotocopy kartu identitas yang ditetapkan **PIHAK PERTAMA**
  - Surat perintah rawat inap dari Dokter
  - Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga

### 1. **Pelayanan Ambulan**

Pengajuan klaim ambulan diajukan ke BPJS Kesehatan oleh Puskesmas secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya. Adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :

- a) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai
- b) FPK rangkap 3 (tiga)
- c) Rekapitulasi pelayanan
  - Nama penderita
  - Nomor identitas
  - Alamat dan nomor telpon pasien
  - Diagnosa penyakit
  - Tanggal pelayanan
  - Faskes perujuk
  - Faskes tujuan
  - Jarak (km)
  - Besaran tarif
  - Jumlah seluruh tagihan.

- d) Berkas pendukung masing-masing pasien
- Fotocopy kartu identitas peserta.
  - Surat keterangan medis dari dokter yang merawat menerangkan kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk.
  - Bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang : Identitas pasien, waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari faskes perujuk dan jam tiba di faskes tujuan), faskes perujuk, faskes tujuan, tanda tangan dan cap dari faskes perujuk dan faskes tujuan, tanda tangan pasien atau anggota keluarga.
2. Pembayaran klaim pelayanan rawat inap termasuk pelayanan kebidanan, dan persalinan, serta pelayanan ambulan dilaksanakan selambat-lambatnya 15 (lima belas) hari kerja setelah berkas diterima lengkap.
  3. Kadaluarsa klaim pelayanan rawat inap, pelayanan kebidanan dan persalinan, serta pelayanan ambulan adalah 2 (dua) tahun terhitung sejak pelayanan diberikan.
  4. **PIHAK KEDUA** tidak diperkenankan menarik biaya apapun terhadap Peserta sepanjang pelayanan kesehatan yang diberikan masih tercakup dalam ruang lingkup Perjanjian dengan **PIHAK PERTAMA**
  5. Pembayaran untuk jejaring Faskes tingkat pertama sudah termasuk dalam pembayaran yang diterima oleh **PIHAK KEDUA**;
  6. Pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh jejaring Faskes tingkat pertama disepakati antara **PIHAK KEDUA** dengan Jejaringnya (apotik, laboratorium, bidan, perawat atau jejaring lainnya).
  7. Pemotongan pajak atas pembayaran kapitasi dan non kapitasi sesuai dengan ketentuan pajak yang berlaku.
  8. Pembayaran dana kapitasi dan klaim non kapitasi dari **PIHAK PERTAMA** kepada **PIHAK KEDUA** melalui nomor rekening **Bank Lampung** yang telah ditetapkan dengan **Keputusan Kepala Daerah**.

## **C. PENGGUNAAN DANA YANG TELAH DIBAYARKAN OLEH BPJS**

### **1. ALUR PENDANAAN**

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dana Kapitasi dan Non Kapitasi langsung ke Bendahara dana Kapitasi JKN melalui rekening masing-masing Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Bupati Kabupaten Pesisir Barat yang merupakan bagian dari Rekening Bendahara Umum Daerah (BUD).

### **2. PEMANFAATAN DANA KAPITASI JKN**

- I. Puskesmas mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan. Dana kapitasi yang diterima Puskesmas, digunakan untuk jasa pelayanan dan untuk biaya operasional pelayanan kesehatan. Besaran alokasi dana 65% digunakan untuk jasa pelayanan dan 35% untuk biaya operasional pelayanan kesehatan.
  
- II. Jasa Pelayanan Kesehatan
  - a. Dana kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan di Puskesmas meliputi Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, dan pegawai tidak tetap yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. Pembagian jasa pelayanan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel Jenis Ketenagaan dan/atau Jabatan, dan Kehadiran;
  - c. Variabel jenis ketenagaan dan atau jabatan sebagaimana dimaksud pada huruf b, dinilai sebagai berikut:
    - 1) Tenaga medis (dokter umum dan dokter gigi) diberi nilai 150 (seratus lima puluh);
    - 2) Tenaga apoteker atau tenaga profesi keperawatan (Ners) diberi nilai 100 (seratus);
    - 3) Tenaga kesehatan setara S1/D4 diberi nilai 80 (delapan puluh);
    - 4) Tenaga kesehatan D3 diberi nilai 60 (enam puluh);
    - 5) Tenaga non kesehatan paling rendah D3, atau asisten tenaga kesehatan, diberi nilai 50 (lima puluh); dan
    - 6) Tenaga non kesehatan di bawah D3, diberi nilai 25 (dua puluh lima).
  - d. Tenaga sebagaimana dimaksud pada huruf b yang merangkap tugas administratif, diberi nilai sebagai berikut:
    - 1) Tambahan nilai 100 (seratus), untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP);

- 2) Tambahan nilai 50 (lima puluh), untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai bendahara dana kapitasi jaminan kesehatan nasional (JKN); dan
  - 3) Tambahan nilai 30 (tiga puluh), untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai kepala tata usaha atau penanggung jawab penatausahaan keuangan.
- e. Tenaga sebagaimana dimaksud pada huruf b yang merangkap tugas sebagai penanggung jawab program atau yang setara, diberi tambahan nilai 10 (sepuluh) untuk setiap program atau yang setara.
- f. Setiap tenaga sebagaimana dimaksud pada huruf b yang memiliki masa kerja:
- 1) 5 (lima) tahun sampai dengan 10 (sepuluh) tahun, diberi tambahan nilai 5 (lima);
  - 2) 11 (sebelas) tahun sampai dengan 15 (lima belas) tahun, diberi tambahan nilai 10 (sepuluh);
  - 3) 16 (enam belas) tahun sampai dengan 20 (dua puluh) tahun, diberi tambahan nilai 15 (lima belas);
  - 4) 21 (dua puluh satu) tahun sampai dengan 25 (dua puluh lima) tahun, diberi tambahan nilai 15 (lima belas); dan
  - 5) Lebih dari 25 (dua puluh lima) tahun, diberi nilai tambahan 25 (dua puluh lima).
- g. Variabel kehadiran sebagaimana dimaksud pada huruf b dinilai sebagai berikut:
- 1) Hadir setiap hari kerja, diberi nilai 1 (satu) poin per hari; dan
  - 2) Terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya yang diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam, dikurangi 1 (satu) poin.
  - 3) Ketidakhadiran karena sakit dan atau penugasan kedinasan paling banyak 3 (tiga) hari kerja tetap diberikan nilai sebagai mana pada huruf (g) point (1).

### III. Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan

- a. Dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk :
  - 1) Biaya obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.
  - 2) Biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Belanja barang operasional terdiri atas ;
  - 1) Belanja obat.
  - 2) Belanja alat kesehatan.
  - 3) Belanja bahan medis habis pakai (BMHP)
  - 4) Pelayanan kesehatan dalam gedung.
  - 5) Pelayanan kesehatan luar gedung.
  - 6) Operasional dan pemeliharaan kendaraan puskesmas keliling.
  - 7) Bahan cetak atau alat tulis kantor.
  - 8) Administrasi, koordinasi program, dan sistem informasi.
  - 9) Peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan.
  - 10) Pemeliharaan sarana dan prasarana.



- c. Pengadaan obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan pengadaan barang/jasa yang terkait dengan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya dapat dilakukan oleh OPD Dinas Kesehatan Kabupaten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan mempertimbangkan ketersediaan oleh pemerintah dan pemerintah daerah.
- d. Pengadaan sebagaimana yang dimaksud dalam point b harus berpedoman pada Formularium Nasional. Jika tidak tercantum dalam Fornas, dapat menggunakan obat lain dengan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan.
- e. Belanja modal untuk pengadaan sarana dan prasarana yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan. Pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **3. PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI JKN**

- a. Puskesmas mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA OPD Dinas Kesehatan;
- b. Dana non kapitasi JKN yang telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan pada FKTP digunakan langsung untuk pelayanan kesehatan non kapitasi peserta JKN pada FKTP;
- c. Dalam hal Bidan berjejaring dengan FKTP milik Pemerintah Daerah, Dana Klaim Pelayanan kesehatan yang telah dibayar oleh BPJS Kesehatan segera dibayarkan secara utuh kepada Bidan Jejaring sesuai dengan besaran klaim terhadap pelayanan yang diberikan.

## **BAB VI MONITORING DAN EVALUASI**

1. Untuk melaksanakan Monitoring dan Evaluasi (Monev) pelayanan penyelenggaraan JKN dibentuk Tim Monev Penyelenggaraan JKN di tingkat Kabupaten. Tim monev dibentuk secara internal dan lintas program.
2. Tim Monev penyelenggaraan pelayanan JKN tingkat Kabupaten ditetapkan dengan SK kepala Dinas Kesehatan.
3. Pelaksanaan Monev penyelenggaraan pelayanan JKN mengacu pada pedoman monev penyelenggaraan pelayanan JKN.
4. Aspek yang dimonitoring dalam penyelenggaraan pelayanan JKN yaitu Fasilitas Kesehatan, SDM Kesehatan, Obat dan Alat Kesehatan, utilitas pelayanan.

## **BAB VII PELAPORAN**

Dalam rangka perbaikan mutu penyelenggaraan pelayanan JKN diperlukan data dan informasi. Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan setiap bulan kepada BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Bpjs Kesehatan wajib menerapkan *Utilization review* secara berkala dan berkesinambungan dan memberikan umpan balik hasilnya kepada fasilitas kesehatan dengan tembusan Dinas Kesehatan.

## **BAB VIII PENANGANAN KELUHAN**

1. Prinsip penanganan keluhan
  - a) Obyektif yaitu penanganan keluhan harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.
  - b) Responsif yaitu setiap permasalahan ditangani secara cepat dan tepat.
  - c) Koordinatif yaitu penanganan keluhan dilaksanakan dengan kerjasama yang baik diantara terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
  - d) Efektif dan efisien yaitu penanganan keluhan dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu, dan biaya.
  - e) Akuntabel yaitu proses penanganan keluhan dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku.
  - f) Transparan yaitu penanganan keluhan dilakukan dengan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka.
  
2. Mekanisme Penanganan Keluhan  
Penanganan keluhan merupakan salah satu instrumen untuk menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan, baik yang bersifat administratif maupun bersifat medis.

Permasalahan bisa terjadi antara Peserta dengan Puskesmas; antara peserta dengan BPJS Kesehatan, antara BPJS Kesehatan dengan Puskesmas atau antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan;

- a. Apabila terjadi masalah antara peserta dengan Puskesmas atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan, maka peserta dapat mengajukan keluhan kepada Puskesmas atau diselesaikan secara musyawarah. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu ke BPJS Kesehatan dan Tim Monev Kabupaten selaku mediator.
- b. Apabila terjadi masalah antara peserta dengan BPJS kesehatan atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan, maka peserta dapat mengajukan keluhan kepada BPJS kesehatan setempat dan diselesaikan secara musyawarah. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten selaku mediator.

- c. Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan puskesmas maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten selaku mediator.
- d. Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten selaku mediator.

## **BAB IX PENGAWASAN**

1. Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan Kepala FKTP melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh bendahara dana kapitasi JKN;
2. Aparat Pengawas Internal Pemerintah Kabupaten melaksanakan pengawasan fungsional terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.
3. Pengawasan dilakukan untuk menilai efektifitas, efisiensi dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana Kapitasi;

## **BAB X PENUTUP**

Dengan terbitnya Petunjuk Pelaksanaan ini diharapkan pengelolaan dana kapitasi dan non kapitasi di Puskesmas dapat berjalan efektif, efisien, transparan dan akuntabel, sehingga pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dapat lebih optimal dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Pesisir Barat.

**~~BUPATI~~ PESISIR BARAT,**

**AQUS ISTIQLAL**