



BUPATI KEPULAUAN ARU  
PROVINSI MALUKU

PERATURAN BUPATI KEPULAUAN ARU  
NOMOR 44 TAHUN 2017

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)  
OLEH BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KEPULAUAN ARU,

**Menimbang** : bahwa untuk melaksanakan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS);

**Mengingat** : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;  
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Seram Bagian Timur, Kabupaten Seram Bagian Barat dan Kabupaten Kepulauan Aru di Provinsi Maluku (Lembaran Nrgara Republik Indoesia Tahun 2003 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4350);  
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5233);
8. 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);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali 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);
10. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) OLEH BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS).

### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah Jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah Badan Hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib yang diperoleh setiap warga secara minimal.

### BAB II

#### TUJUAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

##### Pasal 2

Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam BPJS bertujuan untuk memberikan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Kepulauan Aru dan pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, yang penyelenggarannya mengacu pada prinsip-prinsip :

- a. dana Amanat dan Nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin;
- b. menyeluruh (Komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional);
- c. menyeluruh;
- d. pelayanan terstruktur, berjenjang, dengan portabilitas, ekuitas; dan
- e. efisien, transparan dan akuntabel.

BAB III  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 3

Pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

Dengan berlakunya Peraturan Bupati ini, maka Peraturan Bupati Kepulauan Aru tentang semua Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan lainnya di Kabupaten Kepulauan Aru selama tidak bertentangan dengan Peraturan ini dinyatakan tetap berlaku.

Pasal 5

Pelayanan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang diberikan sebelum Peraturan Bupati ini diundangkan dapat diatur sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3.

BAB IV  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kepulauan Aru.

Ditetapkan di Dobo

pada tanggal 6 NOVEMBER 2017

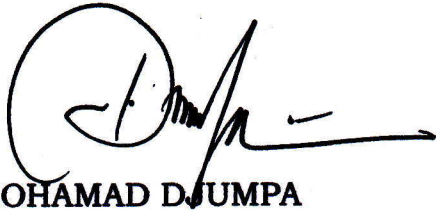
/BUPATI KEPULAUAN ARU, #

  
JOHAN GONGGA

Diundangkan di Dobo

pada tanggal 6 NOVEMBER 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KEPULAUAN ARU,



MOHAMAD D. UMPA

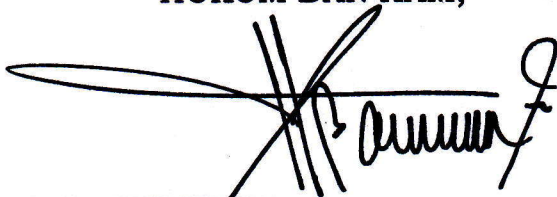
BERITA DAERAH KABUPATEN KEPULAUAN ARU

TAHUN 2017 NOMOR 44

Salinan Sesuai dengan Aslinya

KEPALA BAGIAN

HUKUM DAN HAM,



NOVY EDWIN M. SOLISSA, SH

NIP. 19711105 200501 1 009

LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI KEPULAUAN ARU  
NOMOR 44 TAHUN 2017  
TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
(JKN) OLEH BADAN PENYELENGGARA  
JAMINAN SOSIAL (BPJS)

PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)  
OLEH BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

BAB I  
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sebagai wujud nyata komitmen pemerintah untuk menjalankan amanat konsitusi Undang-Undang dasar 1945 pemerintah telah menetapkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial yang menjadi prioritas untuk diimplementasikan agar terpenuhi hak hidup sehat bagi seluruh penduduknya tanpa terkecuali baik individu, keluarga dan masyarakat.

Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) Tahun 1948 (Indonesia ikut menandatangani) dan undang-undang dasar 1945 Sebagai wujud nyata komitmen pemerintah untuk menjalankan amanat konsitusi Undang-Undang dasar 1945 pasal 28 H, Menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termaksud masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan pemerintah dan pemerintah daerah.

Kesadaran tentang pentingnya Jaminan Perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 pasal 34 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa Negara mengembangkan sistem Jaminan sosial bagi seluruh rakyat indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan sosial dalam perubahan UUD 1945, dan terbitnya UU 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. Karena melalui SJSN sebagai salah satu bentuk Perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan Dasar hidupnya yang layak.

Berdasarkan konstitusi dan Undang-Undang tersebut, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan Kesehatan Nasional, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin atau PJKMM atau lebih dikenal dengan Program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai sekarang. JPKMM atau Askeskin, maupun Jamkesmas kesemuanya memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan Penjaminan pelayanan kesehatan terhadap Masyarakat Miskin dan Tidak mampu dengan Menggunakan Prinsip Asuransi Kesehatan Sosial.

Pemerintah telah menetapkan undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial yang menjadi prioritas untuk diimplementasikan agar terpenuhi hak hidup sehat bagi seluruh penduduknya tanpa terkecuali baik individu, keluarga dan masyarakat.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada Pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada ayat (3) menyatakan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri Pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya pada pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Salah satu tujuan pembangunan nasional yang berkelanjutan adalah terwujudnya kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia, dan pembangunan bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya karena kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang fundamental dan merupakan salah satu unsur penting dari kesejahteraan. Kesehatan merupakan investasi sumber daya manusia, dengan masyarakat yang sehat maka produktifitas masyarakat akan meningkat.

## B. KEPESERTAAN

Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah semua Pejabat Negara Non Pegawai Negeri, Anggota TNI Polri, Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Swasta dan Badan Usaha Lainnya semua yang tercover dalam BPJS kesehatan.

## BAB II PENYELENGGARAAN

### A. LANDASAN HUKUM

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas umum yang layak.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat indonesia yang sejahtera, adil, makmur.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program Negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

## BAB III TATALAKSANA KEPESERTAAN

### A. KETENTUAN UMUM

1. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan yang selanjutnya disingkat BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.



3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
4. Penahapan Kepesertaan adalah tahapan yang dilakukan oleh pemberi kerja untuk mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti kepada BPJS Ketenagakerjaan.
5. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan-badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
6. Penyelenggara Negara adalah pejabat negara yang menjalankan fungsi eksekutif, legislatif, atau yudikatif, dan pejabat lain yang fungsi dan tugas pokoknya berkaitan dengan penyelenggaraan negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
7. Pengusaha adalah:
  - a. orang perseorangan, persekutuan, atau badan hukum yang menjalankan suatu perusahaan milik sendiri;
  - b. orang perseorangan, persekutuan, atau badan hukum yang secara berdiri sendiri menjalankan perusahaan bukan miliknya;
  - c. orang perseorangan, persekutuan, atau badan hukum yang berada di Indonesia mewakili perusahaan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b yang berkedudukan di luar wilayah Indonesia.
8. Perusahaan adalah:
  - a. setiap bentuk usaha yang berbadan hukum atau tidak, milik orang perseorangan, milik persekutuan, atau milik badan hukum, baik milik swasta maupun milik negara yang mempekerjakan pekerja atau buruh dengan membayar upah atau imbalan dalam bentuk lain; dan
  - b. usaha-usaha sosial dan usaha-usaha lain yang mempunyai pengurus dan mempekerjakan orang lain dengan membayar upah atau imbalan dalam bentuk lain.
9. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
10. Usaha Mikro adalah usaha produktif milik orang perseorangan dan/atau badan usaha perseorangan yang memenuhi kriteria usaha mikro sebagaimana diatur dalam Undang-Undang di bidang Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah.

11. Usaha Kecil adalah usaha ekonomi produktif yang berdiri sendiri, yang dilakukan oleh orang perseorangan atau badan usaha yang bukan merupakan anak perusahaan atau bukan cabang perusahaan yang dimiliki, dikuasai, atau menjadi bagian baik langsung maupun tidak langsung dari usaha menengah atau usaha besar yang memenuhi kriteria usaha kecil sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
12. Usaha Menengah adalah usaha ekonomi produktif yang berdiri sendiri, yang dilakukan oleh orang perseorangan atau badan usaha yang bukan merupakan anak perusahaan atau cabang perusahaan yang dimiliki, dikuasai, atau menjadi bagian baik langsung maupun tidak langsung dengan usaha kecil atau usaha besar dengan jumlah kekayaan bersih atau hasil penjualan tahunan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
13. Usaha Besar adalah usaha ekonomi produktif yang dilakukan oleh badan usaha dengan jumlah kekayaan bersih atau hasil penjualan tahunan lebih besar dari usaha menengah, yang meliputi usaha nasional milik negara atau swasta, usaha patungan, dan usaha asing yang melakukan kegiatan ekonomi di Indonesia sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
14. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan.
15. Setiap pemberi kerja dan pekerja berhak atas jaminan sosial. Jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. jaminan kesehatan;
  - b. jaminan kecelakaan kerja;
  - c. jaminan hari tua;
  - d. jaminan pensiun; dan
  - e. jaminan kematian.

## **B. VERIFIKASI KEPESETAAN**

Dapat disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien yang terdaftar sebagai pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di RS sesuai dengan ketentuan yang berlaku yaitu perivikasi dalam bentuk aplikasi BPJS Kesehatan.

## BAB IV

### KETATALAKSANA PELAYANAN DI RUMAH SAKIT (RUMAH SAKIT)

#### A. KETENTUAN UMUM

Setiap peserta BPJS Kesehatan mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan yang meliputi :

1. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.
2. Manfaat Jaminan kesehatan yang diberikan kepada Peserta bersifat pelayanan kesehatan perorangan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, pelayanan obat, bahan medis pakai sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan.
3. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
4. Pemberian pelayanan kepada peserta oleh RUMAH SAKIT (Pemberi Pelayanan Kesehatan) harus dilakukan secara efisien dan efektifitas dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

#### B. PROSEDUR PELAYANAN

Status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang terdaftar sebagai pasien BPJS memperoleh prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta sebagai berikut :

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
  - a. Peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama.
  - b. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan
  - c. Fasilitas kesehatan bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi surat elijilibilitas peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP.
  - d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP.
  - e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan habis pakai (BMHP)
  - f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.

- g. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poli lain selain yang tercantum dalam surat rujukan atau konsul intern.
  - h. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan lain dengan surat rujukan atau konsul ekstern.
  - i. Apabila Pasien masih memerlukan pelayanan di faskes tingkat lanjutan karena kondisi belum stabil sehingga belum stabil sehingga belum dapat untuk dirujuk balik ke faskes tingkat pertama,
  - j. maka okter spesialiss atau sub spesialis membuat surat keterangan yang menyatakan bahwa pasien masih dalam perawatan.
  - k. Apabila pasien sudah dalam kondisi stabil sehingga dapat dirujuk balik ke faskes tingkat pertama, maka dokter spesialis atau sub spesialis akan memberikan surat keterangan rujuk balik.
  - l. Apabila dokter spesialis atau sub spesialis tidak memberikan surat keterangan yang dimaksud pada huruf I dan j maka untuk kunjangan berikutnya pasien harus membawa surat rujukan yang baru dari faskes tingkat pertama.
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
- a. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat.
  - b. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3x24 jam hari kerja sejak masuk RS.
  - c. Petugas RS melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data kedalam aplikasi surat elijilibilitas peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP
  - d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
  - e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan habis pakai.
  - f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
  - g. Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknyaa, maka peserta dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehtan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS kesehtan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

- h. Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi dari pad haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI jaminan kesehatan.
- i. Jika arena kondisi pada fasilitas kesehatan mengakibatkan peserta tidak memperoleh kamar perawatan sesuai haknya, maka :
  - 1) Peserta dapat dirawat dikelas perawatan satu tingkat lebih tinggi
  - 2) BPJS kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya
  - 3) Apabila kelas perawatan sesuai hak peserta telah tersedia, maka peserta ditempatkan dikelas perawatan yang menjadi hak peserta
  - 4) Perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 hari
  - 5) Jika kenaikan kelas yang terjadi lebih dari 3 (Tiga) Hari, maka selisih biaya yang terjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara
- j. Penjaminan peserta baru dalam kondisi sakit dn sedang dalam perawatan
  - 1) Penjaminan diberikan mulai dari pasien terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan yang dibuktikan dengan tanggal bukti bayar (bukan tanggal yang tercantum dalam kartu peserta BPJS kesehatan)
  - 2) Peserta diminta untuk mengurus SEP dalam waktu 3x24 jam hari sejak pasien terdaftar sebagai BPJS Kesehatan
  - 3) Apabila peserta mengurus SEP lebih dari 3x24 jam hari kerja sejak terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan, maka penjaminan diberikan untuk 3 hari mundur ke belakang sejak pasien mengurus SEP
  - 4) Biaya pelayanan yang terjadi sebelum peserta terdaftar dan dijamin oleh BPJS kesehatan menjadi tanggung jawab pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku di fasilitas kesehatan tersebut.
  - 5) Untuk pasien baru yang sudah mendapatkan pelayanan rawat inap, maka tidak diperlukan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat satu atau keterangan gawat darurat. Untuk penjaminan selanjutnya, peserta wajib mengikuti prosedur pelayanan BPJS Kesehatan yang berlaku.
  - 6) Perhitungan penjaminan berdasarakan proporsional hari rawat sejak pasien dijamin oleh BPS Kesehatan.

7) Besar biaya yang ditanggung oleh BPJS kesehatan adalah sejak pasien dijamin oleh BPJS kesehatan sampai dengan tanggal pulang dibagi total hari rawat kali tariff INA CBG's.

### 3. Rujukan Parsial

a. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau specimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan suatu rangkaian perawatan pasien di fasilitas kesehatan tersebut.

b. Rujukan parsial dapat berupa :

1) Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan

2) Pemeriksaan spesimen untuk pemeriksaan penunjang

c. Rujukan pasien tersebut adalah rujukan parsial, maka pada SEP pasien diberi keterangan Rujukan Parsial dan rumah sakit penerima rujukan tidak menerbitkan SEP baru untuk pasien tersebut.

d. Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan perujuk dan pasien tidak boleh dibebani urun biaya.

e. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan sesuai dengan paket INA CBG'S ke fasilitas Kesehatan perujuk.

### 4. Pelayanan alat kesehatan diluar paket INA CBG's

a. Dokter spesialis menuliskan resep alat kesehatan sesuai indikasi medis

b. Peserta mengurus legalisasi alat kesehatan ke petugas BPJS center atau kantor BPJS kesehatan

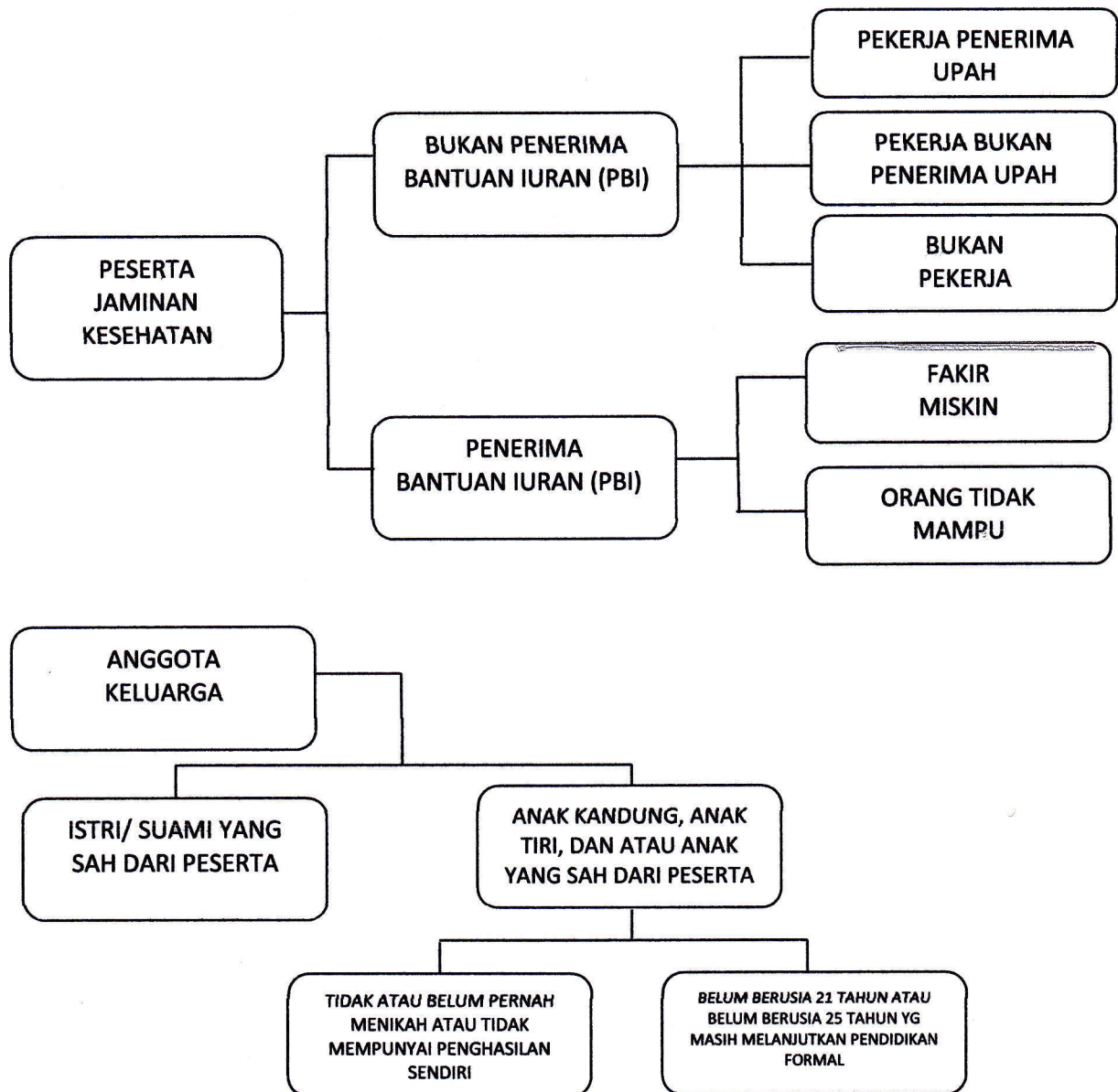
c. Peserta dapat mengambil alat kesehatan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau di jejaring fasilitas kesehatan penyedia alat kesehatan diluar paket INA'CBGs yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, peserta wajib membawa :

1) Surat elijilibilitas peserta (SEP) atau salinannya

2) Resep alat kesehatan yang telah dilegalisir petugas BPJS kesehatan

d. Fasilitas kesehatan melakukan verifikasi resep dan berkas lainnya kemudian menyerahkan alat kesehatan tersebut. Peserta wajib menandatangani bukti penerimaan alat kesehatan.

### C. ALUR PELAYANAN KESEHATAN



### D. MANFAAT

Pada Dasarnya manfaat yang disediakan bagi peserta BPJS bersifat kompherensif sesuai dengan kebutuhan Medis antara lain :

1. Ruang perawatan kelas III bagi :
  - a. Peserta PBI Jaminan kesehatan
  - b. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatn kelas III.
2. Ruang perawatan kelas II bagi :
  - a. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pension Pegawai Negeri Sipil golongan uang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
  - b. Anggota TNI dan penerima pensiun anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan II beserta anggota keluarganya
  - c. Anggota POLRI dan penerima pensiun anggota polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.

- d. Peserta pekerja penerima Upah dan pegawai pemerintah Non pegawai Pegawai Negeri Sipil dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 anak, beserta anggota keluarganya
  - e. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerjaan dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
3. Ruang perawatan kelas I bagi :
- a. Pejabat Negara dan anggota keluarganya
  - b. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya.
  - c. Anggota TNI dan penerima pensiun anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya.
  - d. Anggota POLRI dan penerima pensiun anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV
  - e. Veteran perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya
  - f. Janda, duda atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan.
  - g. Peserta pekerja penerima Upah bulanan dan pegawai pemerintah Non pegawai negeri dengan gaji atau upah di atas 1,5 sampai dengan 2 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 anak beserta anggota keluarganya.
  - h. Peserta pekerja bukan penerima Upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

#### E. FASILITAS KESEHATAN

Fasilitas kesehatan adalah Fasilitas Pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitasi yang diberlakukan oleh pemerintah daerah dan atau masyarakat. Fasilitas kesehatan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dari :

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
  - a. Rumah Sakit, terdiri dari RS Umum, RS Umum Pemerintah Pusat, RS Pemerintah Daerah, RS Umum TNI, RS Umum Bhayangkara, RS Umum Swasta, RS Khusus, RS Khusus Jantung, RS Kanker, RS Khusus Paru, RS Khusus Mata, RS Khusus Bersalin, RS Khusus Kusta, RS Khusus Jiwa, RS Khusus Lain yang telah terakreditasi, RS Bergerak dan RS Lapangan.



- b. Balai kesehatan terdiri dari : balai kesehatan paru masyarakat, balai kesehatan mata masyarakat, balai kesehatan ibu dan anak dan balai kesehatan jiwa.
- c. Fasilitas kesehatan penunjang yang tidak bekerjasama secara langsung dengan BPJS kesehatan namun merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan meliputi:
  - 1) Laboratorium Kesehatan;
  - 2) Apotek;
  - 3) Unit Transfusi Darah; dan
  - 4) Optik.
2. Fasilitas kesehatan dalam program BPJS meliputi fasilitas kesehatan lanjutan yang telah bekerjasama dalam program BPJS.
3. Perjanjian kerja sama PKS dibuat antar faskes dengan tim pengelola BPJS kabupaten atau kota setempat yang diketahui oleh tim pengelola provinsi meliputi berbagai aspek pengaturannya dan diperbaharui setiap tahunnya apabila faskes lanjutan tersebut masih berkeinginan faskes lanjutan faskes BPJS.
4. Jaringan faskes baru yang ingin bekerjasama dalam program BPJS , mengajukan permohonan tertulis kepada tim pengelola BPJS kab.kota setempat disertai dokumen lengkap terdiri :
  - a. Profil Faskes;
  - b. Perizinan Faskes permohonan (Ijin tetap atau ijin operasional sementara);
  - c. Penetapan kelas RS (Kelas A, B, C atau D) dari kementerian kesehatan; dan
  - d. Pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program BPJS sebagaimana diatur dalam pedoman pelaksanaan program BPJS, di tandatangani diatas meterai Rp. 6.000, oleh direktur Rumah Sakit.

## BAB V

### TATALAKSANA PENDANAAN

#### A. KETENTUAN UMUM

1. Pendanaan BPJS merupakan jenis belanja yang bersumber dari Iur Bayar Pasien BPJS
2. Dana BPJS terintegrasi secara utuh dan menyeluruh menjadi satu kesatuan

3. Dana BPJS untuk untuk pelayanan kesehatan lanjutan disalurkan langsung dari rekening BPJS melalui BANK.
4. Pertanggungjawaban untuk seluruh Faskes lanjutan menggunakan pola pembayaran INA-CBGs.

## B. SUMBER DAN ALOKASI DANA

### 1. Sumber

Alokasi Dana BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) untuk JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah melalui Iur Bayar Pasien.

### 2. Alokasi Dana

Berdasarkan alokasi dana pelayanan BPJS di pelayanan kesehatan untuk setiap kab atau kota dan pelayanan rujukan untuk rumah sakit ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

## C. LINGKUP PENDANAAN

### 1. Dana Pelayanan Kesehatan

Adalah dana yang langsung diperuntukan untuk pelayanan kesehatan di Faskes tingkat lanjutan yang meliputi RS pemerintah atau swasta termasuk RS khusus, TNI atau Polri, untuk pelayanan kesehatan rujukan.

### 2. Rumah Sakit

a. Dana Pelayanan kesehatan program BPJS di Faskes lanjutan terintegrasi secara utuh dengan dana BPJS dan disalurkan secara langsung dari rekening BPJS ke rekening Faskes lanjutan melalui Bank. Penyaluran dana dilakukan secara bertahap.

b. Penyaluran Dana pelayanan ke Faskes lanjutan berdasarkan keabsahan nilai RITL dan RJTL beserta besaran dana yang diterima.

c. Perkiraan besaran dana yang disalurkan untuk pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan perhitungan atas laporan pertanggungjawaban dan PPK Lanjutan.

d. Pengaturan lebih rinci dana BPJS di Faskes lanjutan akan diatur dalam petunjuk teknis BPJS.

## D. PENYALURAN DAN OPERSIONAL DANA

Penyaluran Dana dan Operasional bersumber dari BPJS yang dilakukan PPK Lanjutan Untuk kepentingan Rumah Sakit antara lain : Jasa Medis, Obat, Bahan Habis Pakai (BHP), Pelayanan Laboratorium, serta administrasi lainnya.

## E. PENGELOLAAN DANA (PENERIMAAN, PENCAIRAN ATAU PEMBAYARAN, PEMANFAATAN, DAN PERTANGGUNGJAWABAN)

### A. PERTANGGUNGJAWABAN

1. Faskes lanjutan membuat Pertanggungjawaban atas dana pelayanan kesehatan dengan menggunakan Software INA CBG's. klaim BPJS.
2. Setelah verifikasi dinyatakan layak oleh verifikasi BPJS selanjutnya pertanggungjawaban tersebut ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit.

### B. PENCAIRAN DAN PEMANFAATAN

1. Pemanfaatan atas dana luncturan yang telah menjadi hasil kinerja pelayanan kesehatan sebagai penerimaan atau pendapatan atas klaim pelayanan, dapat digunakan sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing, antara lain jasa medis atau jasa pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat darah dan administrasi pendukung lainnya.
2. Seluruh berkas dokumen pertanggungjawaban dana disimpan oleh RS, dan akan di audit kemudian oleh aparat pengawas fungsional (APF).
3. Biaya Jasa Medis atau Jasa Pelayanan ditetapkan Berdasarkan Kebijakan Direktur setinggi-tingginya 50% (Lima Puluh Persen) atas Biaya Pelayanan Kesehatan yang dilakukan. Jasa Medis atau Jasa Pelayanan tersebut Meliputi Biaya Untuk Pemberi Pelayanan dalam Rangka Observasi, Diagnosis, Pengobatan, Tindakan Medis, Perawatan, Konsultasi, Visite, dan atau Pelayanan medis lainnya.
4. Setoran Ke Kas Daerah ditetapkan Sebesar 5% (Lima Persen)
5. Biaya Obat, Bahan dan Alat Habis Pakai, Reagen, Pelayanan Laboratorium, Alkes (Alat Kesehatan) di tetapkan sebesar 40% (Empat Puluh Persen).
6. Biaya ATK dan Administrasi Lainnya ditetapkan sebesar 5% (Lima Persen)

Untuk setiap Pengolahan jasa dan obat dapat langsung di kelola oleh Rumah sakit dalam hal ini PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) dan disesuaikan dengan kebijakan dari Pimpinan Rumah Sakit.

## C. PROSES PERIFIKASI

### 1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan di bayar dengan paket INA CBGS tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif paket INACG's sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dlam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat atau bahan habis pakai, obat dan lain-lain.
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA CBG kementerian kesehatan yang berlaku
- e. Klaim diajukan ke kantor cabang atau kantor operasional kabupaten atau kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan keengkapan sebagai berikut :
  1. Rekapitulasi pelayanan
  2. Berkas pendukung masing – masing pasien yang terdiri dari :
    - 1) Surat Ejilibilitas Peserta (SEP)
    - 2) Resume Medis atau Laporan status pasien atau keterangan dokter yang merawat bila diperlukan
    - 3) Bukti pelayanan lainnya :
      - Protocol therapy dan regimen (Jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
      - Perincian tagihan Rumah Sakit (Manual atau automatic biling)
      - Berkas pendukung lainnya yang diperlukan

### 2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta

- b. Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
- c. Tarif paket INA CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat atau bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk INA CBG's kementerian kesehatan yang berlaku dan hard copy (berkas pendukung Klaim).
- e. Tagihan klaim difasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani direktur atau kepala fasilitas kesehatan lanjutan dan petugas verifikator BPJS Kesehatan.
- f. Klaim diajukan kepada kantor cabang atau kantor operasional kabupaten atau kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi, dan kelengkapan lain sebagai berikut :
  - 1) Rekapitulasi pelayanan
  - 2) Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari
    - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
    - b) Surat perintah rawat Inap
    - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
    - d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan) missal :
      - Laporan operasi
      - Protocol therapy dan regimen (Jadwal pemberian Obat) pemberian obat Khusus
      - Perincian tagihan Rumah Sakit (Manual atau automatic billing)
      - Berkas pendukung lain yang diperlukan.

**BAB V**  
**PENUTUP**

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan maksud untuk mempermudah pelayanan Kesehatan yang merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya lewat program pemerintah yang dituangkan lewat BPJS Kesehatan.

Semoga apa yang menjadi harapan kita semua dapat terwujud dengan baik dan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsuhnya, baik gagasan pemikiran, tenaga dan kontribusi lainnya mendapatkan imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang maha Esa.

/BUPATI KEPULAUAN ARU, /



JOHAN GONGGA