



**BUPATI PESISIR BARAT  
PROVINSI LAMPUNG**

**PERATURAN BUPATI PESISIR BARAT  
NOMOR 37 TAHUN 2020**

**TENTANG**

**PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
PADA FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN  
DI KABUPATEN PESISIR BARAT**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI PESISIR BARAT,**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan;
- 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 klaim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dipandang perlu mengatur Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Kabupaten Pesisir Barat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan dimaksud huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Pesisir Barat tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Kabupaten Pesisir Barat;
- 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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2012 tentang

Pembentukan Kabupaten Pesisir Barat di Provinsi Lampung (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2012 Nomor 231, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5364);

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607)
6. 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, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5746);
7. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
8. 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 beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 367);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1790);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 92);
12. 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);

13. Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 45 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kabupaten Pesisir Barat (Berita Daerah Kabupaten Pesisir Barat Tahun 2016 Nomor 45), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 46 Tahun 2019 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 45 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kabupaten Pesisir Barat (Berita Daerah Kabupaten Pesisir Barat Tahun 2019 Nomor 130);
14. Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 49 Tahun 2018 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kiai Haji Muhammad Thohir pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Barat (Berita Daerah Kabupaten Pesisir Barat Tahun 2018 Nomor 49);

### **MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN 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. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Barat.
5. 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.

6. 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.
7. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
8. 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.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh satuan kerja perangkat daerah atau unit satuan kerja perangkat daerah pada satuan kerja perangkat daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan Pengelolaan Keuangan Daerah pada umumnya.
10. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
11. Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat OPD adalah perangkat daerah pada pemerintah daerah selaku pengguna anggaran atau pengguna barang.
12. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah kepala Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disebut dengan kepala SKPKD yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai Bendahara Umum Daerah.
13. Bendahara Umum Daerah adalah Pejabat yang diberi tugas untuk melaksanakan fungsi Bendahara Umum Daerah.
14. 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.
15. 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.
  16. Pejabat Penatausahaan Keuangan OPD yang selanjutnya disingkat PPK-OPD adalah pejabat yang melaksanakan fungsi tata usaha keuangan pada OPD.
  17. Kepala FKRTL adalah direktur rumah sakit Kabupaten Pesisir Barat.
  18. *Indonesian Case Base Groups* yang selanjutnya disingkat INA-CBG adalah salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama.
  19. Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*).
  20. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan.

## **BAB II PETUNJUK PELAKSANAAN**

### Pasal 2

- (1) Teknis pelaksanaan Program JKN pada FKRTL di Kabupaten Pesisir Barat mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Petunjuk teknis pelaksanaan ini bertujuan untuk memberikan acuan bagi FKRTL dalam pelaksanaan Program JKN.

- (3) Petunjuk teknis pelaksanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati.

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

Pasal 3

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 21 Juli 2020

**BUPATI PESISIR BARAT,**

ttd

**AGUS ISTIQLAL**

Diundangkan di Krui  
pada tanggal 21 Juli 2020

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

ttd

**N. LINGGA KUSUMA**

BERITA DAERAH KABUPATEN PESISIR BARAT TAHUN 2020 NOMOR 179

**SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA**  
**KEPALA BAGIAN HUKUM**  
**KABUPATEN PESISIR BARAT,**



**EDWIN KASTOLANI B,SH.MP**  
**NIP. 19740526 200212 1 002**

LAMPIRAN

PERATURAN BUPATI PESISIR BARAT

NOMOR : 37 TAHUN 2020

TANGGAL : 21 Juli 2020

TENTANG : PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN DI KABUPATEN PESISIR BARAT

**PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
PADA FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN  
DI KABUPATEN PESISIR BARAT**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

a. Latar Belakang

Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila kelima 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 Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 134 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan Undang-Undang Dasar 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 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan sosial Nasional menyebutkan bahwa 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 6 tujuan strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 dimana tujuan pertama ditetapkan untuk peningkatan Cakupan Kesehatan Semesta yang Bermutu. diikuti dengan peningkatan status kesehatan masyarakat melalui siklus hidup, peningkatan pembudayaan masyarakat hidup sehat melalui pemberdayaan masyarakat dan

pengarusutamaan kesehatan, peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta peningkatan tata kelola pemerintah yang baik.

Integrasi data JKN dengan sistem informasi kesehatan dan pemanfaatan data pelayanan kesehatan sebagai dasar pertimbangan penyusunan kebijakan bagi pemangku kepentingan merupakan upaya strategis dalam menetapkan sasaran strategis yaitu meningkatkan perbaikan pengelolaan BPJS Kesehatan yang sesuai dengan tujuan Strategis pertama Kementerian Kesehatan.

b. 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.

c. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam petunjuk teknis pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Kabupaten Pesisir Barat meliputi pengelolaan dana klaim JKN, pertanggungjawaban, ruang lingkup pelayanan kesehatan, pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, pendanaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan, penanganan keluhan, dan pengawasan.

## **BAB II**

### **PENGELOLAAN DANA KLAIM JKN**

- a. Kepala FKRTL milik pemerintah/pemerintah daerah yang belum berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya disesuaikan dengan ketentuan :
1. Kepala FKRTL menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana JKN tahun anggaran berkenaan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
  2. Rencana pendapatan dan belanja dana JKN mengacu pada klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta.
  3. Rencana pendapatan dan belanja dana JKN yang tertuang dalam RKA rumah sakit digunakan sebagai bahan penyusunan RKA-OPD Dinas Kesehatan.
  4. Kepala Dinas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 klaim JKN, Bupati mengangkat Bendahara dan menetapkan Rekening Dana JKN



- pada FKRTL atas usul Kepala Dinas Kesehatan melalui PPKD.
6. Rekening Dana JKN pada FKRTL sebagaimana dimaksud pada angka (5) merupakan bagian dari Rekening BUD.
  7. Pembayaran dana klaim oleh BPJS Kesehatan langsung ke rekening FKRTL dan diakui sebagai pendapatan.
  8. Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dikirimkan ke kas daerah paling lambat 2 hari setelah dana diterima di rekening Dana JKN pada FKRTL.
  9. Dalam hal pendapatan dana JKN tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.
  10. Bendahara JKN mencatat pendapatan dan belanja pada buku kas dan menyampaikannya setiap bulan kepada Kepala FKRTL dengan melampirkan bukti-bukti pendapatan dan belanja yang sah paling lambat pada tanggal 3 bulan berikutnya untuk pengesahan oleh Kepala FKRTL.
  11. Berdasarkan buku kas tersebut, Bendahara JKN menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja FKRTL, selanjutnya Kepala FKRTL menyampaikan laporan tersebut dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab Kepala FKRTL setiap bulan kepada Kepala Dinas Kesehatan paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya.
  12. Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja FKRTL setiap bulan kepada PPKD paling lambat tanggal 7 bulan berikutnya.
- b. Dana hasil pembayaran klaim, bagi FKRTL milik pemerintah daerah yang berstatus BLUD, pengelolaannya mengikuti ketentuan BLUD.
  - c. Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

### **BAB III**

#### **PERTANGGUNGJAWABAN**

- a. Kepala FKRTL bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana klaim JKN.
- b. Bukti bukti pengeluaran belanja atas kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional dan dokumen-dokumen atas pengeluaran belanja dimaksud diadministrasikan dan disimpan oleh masing – masing fasilitas kesehatan sebagai bahan pemeriksaan oleh aparaturnya.
- c. Pendapatan dan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disajikan dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

**BAB IV**  
**RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN**

- a. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa FKTP dan FKRTL.
- b. FKTP sebagaimana dimaksud pada (a) dapat berupa:
  1. puskesmas atau yang setara;
  2. praktik dokter;
  3. praktik dokter gigi;
  4. praktik dokter layanan primer;
  5. klinik pratama atau yang setara; dan
  6. rumah sakit kelas D pratama atau yang setara.
- c. FKRTL sebagaimana dimaksud pada huruf (a) berupa:
  1. klinik utama atau yang setara;
  2. rumah sakit umum; dan
  3. rumah sakit khusus.
- d. Persyaratan yang harus dipenuhi bagi Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdiri atas:
  1. Untuk klinik utama atau yang setara harus memiliki:
    - a) Surat Ijin Operasional;
    - b) Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
    - c) Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
    - d) Perjanjian kerja sama dengan laboratorium, radiologi, dan jejaring lain jika diperlukan; dan
    - e) surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
  2. Untuk rumah sakit harus memiliki:
    - a) Surat Ijin Operasional;
    - b) Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit;
    - c) Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
    - d) Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
    - e) perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
    - f) sertifikat akreditasi; dan
    - g) surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- e. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang dijamin meliputi:
  1. administrasi pelayanan;
  2. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar;
  3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
  4. tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis;
  5. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
  6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
  7. rehabilitasi medis;
  8. pelayanan darah;

9. pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
  10. pelayanan keluarga berencana;
  11. perawatan inap nonintensif;
  12. perawatan inap di ruang intensif; dan
  13. pelayanan ambulans darat atau air.
- f. Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf e angka 2 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat.
- g. Alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf e angka 5 merupakan seluruh alat kesehatan yang digunakan dalam rangka penyembuhan, termasuk alat bantu kesehatan.
- h. Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf e angka 10 tidak termasuk pelayanan keluarga berencana yang telah dibiayai Pemerintah Pusat.
- i. Pelayanan ambulans darat atau air sebagaimana dimaksud pada huruf e angka 13 merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- j. Pelayanan kesehatan di FKRTL yang tidak dijamin meliputi:
1. pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  2. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
  3. pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
  4. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat Peserta;
  5. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
  6. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
  7. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
  8. pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
  9. gangguan kesehatan/ penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
  10. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
  11. pengobatan komplementer alternatif dan tradisional yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
  12. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen
  13. alat dan obat kontrasepsi kosmetik;
  14. perbekalan kesehatan rumah tangga;

15. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
  16. pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
  17. pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;
  18. pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  19. pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
  20. pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan; atau
  21. pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain;
- k. Prosedur pelayanan Pada FKRTL :
1. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
  2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
  3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.
  4. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
  5. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspesialis.
  6. Apabila dokter spesialis/subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin (d) dan (e), maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.
  7. Fisioterapis dapat menjalankan praktik pelayanan Fisioterapi secara mandiri (sebagai bagian dari jejaring FKTP untuk pelayanan rehabilitasi medik dasar) atau bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
  8. Pelayanan rehabilitasi medik di FKRTL dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik.
  9. Dalam hal rumah sakit belum memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik, maka kewenangan klinis dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik dapat diberikan kepada dokter yang selama ini sudah ditugaskan sebagai koordinator pada bagian/ departemen/ instalasi rehabilitasi medik rumah sakit, dengan kewenangan terbatas sesuai kewenangan

klinis dan rekomendasi surat penugasan klinis yang diberikan oleh komite medik rumah sakit kepada direktur/kepala rumah sakit.

10. Apabila dikemudian hari rumah sakit tersebut sudah memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik maka semua layanan rehabilitasi medik kembali menjadi wewenang dan tanggung jawab dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik.
1. Pelayanan Kegawatdaruratan (*Emergency*):
  1. Pada keadaan kegawatdaruratan (*emergency*), seluruh FKTP dan FKRTL baik fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau belum bekerja sama, wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta JKN.
  2. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.
  3. Fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus segera merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.

**BAB V**  
**PELAYANAN OBAT, ALAT KESEHATAN,**  
**DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI**

- a. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Fasilitas Kesehatan bertanggung jawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangannya.
- b. Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam program pemerintah selain program Jaminan Kesehatan disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/ atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- c. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan.
- d. Daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dituangkan dalam formularium nasional atau kompendium alat kesehatan.
- e. Pengadaan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai oleh Fasilitas Kesehatan milik pemerintah maupun swasta untuk program Jaminan Kesehatan dilakukan melalui *e-purchasing* berdasarkan katalog elektronik.
- f. Dalam hal pengadaan obat, alat kesehatan, dan/ atau bahan medis habis pakai belum dapat dilakukan melalui *e-purchasing* maka pengadaan clapat dilakukan secara manual berdasarkan katalog elektronik.

- g. Dalam hal obat, alat kesehatan, dan/ atau bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Fasilitas Kesehatan tidak terdapat dalam katalog elektronik maka Fasilitas Kesehatan dalam mengadakan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai tetap mengacu pada formularium nasional atau kompendium alat kesehatan.
- h. Dalam hal obat, alat kesehatan, dan/ atau bahan medis habis pakai yang dibutuhkan tidak terdapat dalam formularium nasional dan kompendium alat kesehatan maka Fasilitas Kesehatan dapat mengadakan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai atas persetujuan kepala atau direktur rumah sakit.
- i. Dalam hal obat, alat kesehatan, dan/ atau bahan medis habis pakai diklaim tersendiri oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maka harga berpedoman pada katalog elektronik atau harga yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- j. Dalam hal terjadi kegagalan pengadaan obat dengan katalog elektronik sehingga terjadi kekosongan obat maka Fasilitas Kesehatan dapat mengadakan obat dengan zat aktif yang sama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- k. Pembayaran obat sebagaimana dimaksud pada yang dapat diklaim tersendiri oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan, berpedoman pada harga katalog elektronik atau harga yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- l. Dalam hal terjadi permasalahan pengadaan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai yang dapat berpotensi terjadinya kekosongan obat maka Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau Fasilitas Kesehatan melakukan upaya penyelesaian sesuai dengan permasalahan dan kewenangannya.
- m. Penggunaan obat di luar Formularium nasional di FKRTL hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur Rumah Sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA CBGs dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
- n. Fasilitas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk program Jaminan Kesehatan mengutamakan penggunaan alat kesehatan produksi dalam negeri.

## **BAB VI**

### **PENDANAAN**

- a. Tarif Pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
  - 1. Pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan diperoleh dengan dilakukannya pembayaran oleh penyelenggara asuransi kesehatan dalam hal ini BPJS atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta.
  - 2. Metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada FKRTL, tarif pelayanan kesehatan ditetapkan

menggunakan sistem INA-CBG.

3. Tarif pelayanan kesehatan pada FKRTL meliputi:
  - a) Tarif INA-CBG
  - b) Tarif Non INA-CBG.
4. Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.
5. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA-CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG.
6. Tarif INA- CBG FKRTL di Kabupaten Pesisir Barat mengikuti Tarif INACBG Regional 2.
7. Penghitungan tarif INA-CBG berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit.
8. Data costing merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN.
9. Koding dalam INA-CBG menggunakan ICD-10 revisi Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta menggunakan ICD-9-CM revisi Tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan koding diagnosis dan tindakan/prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.
10. Tarif INA-CBG yang digunakan dalam program JKN diberlakukan berdasarkan beberapa prinsip sebagai berikut :
  - a) Pengelompokan Tarif INA-CBG  
Cara pembayaran dengan Indonesian Case Based Groups pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ditetapkan sesuai kelas rumah sakit, yaitu :
    - 1) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas A
    - 2) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas B
    - 3) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas C
    - 4) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas DUntuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas serta FKRTL selain rumah sakit, maka tarif INA-CBG yang digunakan setara dengan kelompok tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.
  - b) RS Khusus  
Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit

tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Dalam program JKN, berlaku perbedaan pembayaran kepada RS. Khusus untuk pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus di luar kekhususannya, berlaku kelompok tarif INA-CBG satu tingkat lebih rendah dari kelas rumah sakit yang ditetapkan.

11. Pengaturan lebih lanjut mengenai perhitungan tarif pelayanan kesehatan dengan sistem paket INA-CBG mengikuti pedoman INA-CBG yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- b. Tata Cara Pembayaran oleh BPJS ke FKRTL
1. BPJS akan membayar kepada FKRTL dengan system paket INA-CBG dan diluar paket INA-CBG.
  2. Pembayaran pelayanan kesehatan menggunakan system INA-CBG berdasarkan pada pengajuan klaim pada rawat jalan maupun rawat inap.
  3. Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan system diluar paket INA CBG berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.
  4. FKRTL mengajukan klaim kolektif sebagaimana angka (1) kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
  5. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan.
  6. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari sebagaimana poin 2 maka berkas klaim dinyatakan lengkap.
  7. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah :
    - a) diverifikasi sebagaimana dimaksud angka (2) paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim.
    - b) memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada angka (3) paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada poin (3).
  8. Dalam hal pembayaran kepada FKRTL sebagaimana dimaksud pada angka (4) jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.
  9. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada angka (4), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
  10. Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.



11. Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada angka (1) terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.
12. Dalam hal terdapat pembayaran atas pelayanan kesehatan yang disebabkan karena penyalahgunaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan harus mengembalikan biaya yang sudah dibayarkan setelah dilakukan verifikasi pascaklaim kepada BPJS Kesehatan.
13. Dalam hal terjadi kekurangan pembayaran atas biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan harus membayarkan kekurangan atas biaya pelayanan kesehatan.
14. FKRTL wajib mengirimkan softcopy klaim individual yang sudah dibayar oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan cq Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

c. Peningkatan Kelas Perawatan

1. Peserta JKN, kecuali peserta PBI, dimungkinkan untuk meningkatkan kelas perawatan atas permintaan sendiri pada FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Untuk pasien yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu kali pindah kelas perawatan.
3. Khusus bagi pasien yang meningkatkan kelas perawatan (kecuali peserta PBI Jaminan Kesehatan) sampai dengan kelas I, maka diberlakukan urun biaya selisih tarif INA-CBGs kelas ruang perawatan yang dipilih dengan tarif INA-CBGs yang menjadi haknya.
4. Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari. Selanjutnya dikembalikan ke ruang perawatan yang menjadi haknya. Bila masih belum ada ruangan sesuai haknya, maka peserta ditawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara atau selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan yang bersangkutan.
5. Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas satu tingkat di atasnya penuh, peserta dapat dirawat di kelas satu tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari dan kemudian dikembalikan ke kelas perawatan sesuai dengan haknya. Apabila perawatan di kelas yang lebih rendah dari haknya lebih dari 3 (tiga) hari, maka BPJS Kesehatan membayar ke FKRTL sesuai dengan kelas dimana pasien dirawat.
6. Bila semua kelas perawatan di rumah sakit tersebut penuh maka rumah sakit dapat menawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara dengan difasilitasi oleh FKRTL yang merujuk dan berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan.

7. Rumah sakit harus memberikan informasi mengenai biaya yang harus dibayarkan akibat dengan peningkatan kelas perawatan.
8. Dalam hal peserta JKN (kecuali peserta PBI) menginginkan kenaikan kelas perawatan atas permintaan sendiri, peserta atau anggota keluarga harus menandatangani surat pernyataan tertulis dan selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta

d. Penggunaan Dana yang Telah Dibayarkan oleh BPJS

1. Alur Pendanaan

a. Rumah Sakit Non BLUD

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit milik pemerintah daerah yang belum berstatus BLUD, pengelolaannya dan pemanfaatannya disesuaikan dengan ketentuan :

- 1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dana klaim pelayanan kesehatan langsung ke bendahara Jaminan Kesehatan nasional melalui rekening masing-masing rumah sakit yang telah ditetapkan oleh Bupati Kabupaten Pesisir Barat yang merupakan bagian dari Rekening Bendahara Umum Daerah.
- 2) Semua pendapatan dana pengklaiman khusus rumah sakit dari BPJS Kesehatan disetorkan ke kas daerah paling lambat 2 hari setelah dana di terima di rekening masing-masing rumah sakit.

b. Rumah Sakit BLUD

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit milik pemerintah daerah yang berstatus BLUD, pengelolaannya mengikuti ketentuan BLUD.

c. Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

2. Pemanfaatan Dana Klaim JKN

- a) Rumah Sakit milik pemerintah daerah yang belum berstatus BLUD mengusulkan rencana pemanfaatan dana JKN dalam bentuk program kesehatan jaminan nasional melalui RKA-DPA OPD Dinas Kesehatan.
- b) Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit milik pemerintah daerah yang berstatus BLUD, pemanfaatannya mengikuti ketentuan BLUD.
- c) Pembayaran klaim yang diterima FKRTL milik pemerintah, digunakan untuk jasa pelayanan dan untuk biaya operasional pelayanan kesehatan. Besaran alokasi dana 50% digunakan untuk jasa pelayanan dan 50% untuk biaya operasional pelayanan kesehatan.

- d) Pembayaran klaim yang diterima FKRTL milik swasta pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.
- e) Dana klaim untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf (c) dimanfaatkan untuk tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan di FKRTL meliputi Tenaga medis, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non-kesehatan yang ditetapkan sesuai dengan keputusan direktur.
- f) Dana klaim untuk biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk :
  - 1) Belanja obat;
  - 2) Belanja alat kesehatan;
  - 3) Belanja bahan medis habis pakai (BMHP);
  - 4) Belanja cetak dan Penggandaan;
  - 5) Administrasi, perjalanan dinas, dan sistem informasi;
  - 6) Belanja modal Peralatan dan mesin (pengadaan alat kantor, Meubeler, alat rumah tangga, komputer dan lain-lain);
  - 7) Peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan;
  - 8) Pemeliharaan prasarana dan alat kesehatan;
  - 9) Pemenuhan Nutrisi pasien Rawat Inap.

## **BAB VII MONITORING DAN EVALUASI**

- a. Untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi pelayanan penyelenggaraan JKN dibentuk Tim Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan JKN di tingkat Kabupaten. Tim Monitoring dan Evaluasi dibentuk secara internal dan lintas program.
- b. Tim Monitoring dan Evaluasi penyelenggaraan pelayanan JKN tingkat Kabupaten ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati Kabupaten Pesisir Barat.
- c. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan JKN mengacu pada pedoman monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan JKN.
- d. Aspek yang dimonitoring dalam penyelenggaraan pelayanan JKN yaitu Fasilitas Kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, Obat dan Alat Kesehatan, utilitas pelayanan.

## **BAB VIII 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 Pemerintah Kabupaten Pesisir Barat. BPJS Kesehatan

mempunyai kewajiban untuk menerapkan *Utilization review* secara berkala dan berkesinambungan dan memberikan umpan balik hasilnya kepada fasilitas kesehatan dengan tembusan Dinas Kesehatan.

## **BAB IX**

### **PENANGANAN KELUHAN**

#### a. Prinsip penanganan keluhan

1. Obyektif yaitu penanganan keluhan harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.
2. Responsif yaitu setiap permasalahan ditangani secara cepat dan tepat.
3. 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.
4. Efektif dan efisien yaitu penanganan keluhan dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu, dan biaya.
5. Akuntabel yaitu proses penanganan keluhan dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku.
6. Transparan yaitu penanganan keluhan dilakukan dengan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka.

#### b. 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 rumah sakit; antara peserta dengan BPJS Kesehatan, antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit atau antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan;

1. Apabila terjadi masalah antara peserta dengan rumah sakit atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan, maka peserta dapat mengajukan keluhan kepada rumah sakit atau diselesaikan secara musyawarah. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu ke BPJS Kesehatan dan Tim Monitoring dan Evaluasi Kabupaten selaku mediator.
2. 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.
3. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monitoring dan Evaluasi Kabupaten selaku mediator.
4. Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah. Jika

penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monitoring dan Evaluasi Kabupaten selaku mediator.

5. 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 Monitoring dan Evaluasi Kabupaten selaku mediator.

## **BAB X PENGAWASAN**

- a. Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan Kepala FKRTL melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana klaim oleh bendahara JKN;
- b. Aparat Pengawas Internal Pemerintah Kabupaten melaksanakan pengawasan fungsional terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.
- c. Pengawasan dilakukan untuk menilai efektifitas, efisiensi dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana Kapitasi.

## **BAB XI PENUTUP**

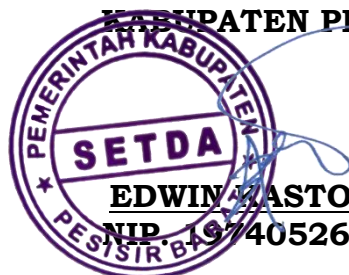
Dengan terbitnya Petunjuk Teknis Pelaksanaan ini diharapkan pengelolaan dana JKN dapat berjalan efektif, efisien, transparan dan akuntabel, sehingga pelayanan kesehatan di Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dapat lebih optimal dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Pesisir Barat.

**BUPATI PESISIR BARAT,**

ttd

**AGUS ISTIQLAL**

**SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA  
KEPALA BAGIAN HUKUM  
KABUPATEN PESISIR BARAT,**



**EDWIN RASTOLANI B,SH.MP  
NIP. 19740526 200212 1 002**