



BUPATI ROKAN HILIR

BUPATI ROKAN HILIR

PERATURAN BUPATI ROKAN HILIR NOMOR 20 TAHUN 2014

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN PENGGUNAAN DANA KAPITASI DAN NON KAPITASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL KABUPATEN ROKAN HILIR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI ROKAN HILIR,

- 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 berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan dalam upaya memberikan pemahaman program Jaminan Kesehatan Nasional kepada seluruh stakeholder Terkait sehingga pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik, efektif, efisien, transparan dan akuntabel perlu menetapkan Peraturan Bupati Rokan Hilir tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Rokan Hilir;
 - c. bahwa untuk memanfaatkan kembali dana kapitasi dan non kapitasi yang telah di setor ke kas daerah perlu menetapkan dengan Peraturan Bupati Rokan Hilir tentang Pedoman Pelaksanaan Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014:

- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi, dan Kota Batam (Lembaran Negara Republik, Indonesia Tahun 1999 Nomor 181, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3902) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2008 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik

2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 363);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
8. Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
9. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelola 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 Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392);

Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 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 Indonesia Tahun 2014 Nomor 589);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Republik Indonesia;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PENGGUNAAN DANA KAPITASI DAN NON KAPITASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN KABUPATEN ROKAN HILIR**

Pasal 1

Pengaturan Pedoman Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan acuan bagi Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 2

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Pasal 3

Pedoman Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 1 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Peraturan Bupati Nomor 14 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Daerah Tidak Berlaku. Peraturan Bupati Nomor 6 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat Dan Jaminan Persalinan Di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Jaringannya Serta Fasilitas Kesehatan swasta berlaku sampai dengan bulan april 2014.

Pasal 5

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Rokan Hilir.

Ditetapkan di Bagansiapiapi
pada tanggal 25 Juli 2014

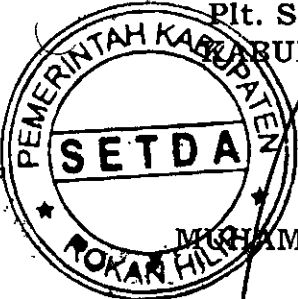


Diundangkan di Bagansiapiapi
pada tanggal 25 Juli 2014

Pit. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN ROKAN HILIR,

MUHAMMAD JOB KURNIAWAN

BERITA DAERAH KABUPATEN ROKAN HILIR
TAHUN 2014 NOMOR 21



LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI ROKAN HILIR
NOMOR 20 TAHUN 2014
TENTANG
PEDOMAN PENGGUNAAN DANA KAPITASI DAN NON KAPITASI PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

PEDOMAN PENGGUNAAN DANA KAPITASI DAN NON KAPITASI
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28H 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 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.

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 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Fasilitas Kesehatan Pelayanan Tingkat Pertama/Puskesmas merupakan salah satu unit kesehatan yang memberikan kontribusi dalam memberikan pelayanan kesehatan sehingga Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan bekerjasama dengan FKTP tersebut. Untuk itu dalam pengelolaan dana yang telah disetor oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS) harus dikelola dengan peraturan kepala daerah.

Berdasarkan hal itu maka Pedoman Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini dibuat untuk panduan dalam mengelola dana tersebut.

B. Tujuan Penggunaan Dana Kapitasi Dan Kapitasi Program JKN

Penggunaan Dana Kapitasi Dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan acuan kepada Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dan mengalokasikan dana tersebut di atas yang telah dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional ke rekening kas daerah.

C. Sasaran

Sasaran Pedoman Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) beserta jajarannya yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengaturan dalam Pedoman Penggunaan Dana Kapitasi Dan Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, monitoring dan evaluasi, pengawasan, dan penanganan keluhan.

BAB II PENYELENGGARAAN

A. Ketentuan Umum

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :

1. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

2. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)/ puskesmas dan jajarannya, serta rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)

3. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

B. Prinsip Prinsip Penyelenggaraan

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu :

1. Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

2. Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program kesehatan dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

BAB III

PESERTA DAN KEPESERTAAN

A. Ketentuan Umum

1. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :
 - a. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah.
 - b. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan yang sebelumnya disebut dengan peserta jamkesmas dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
 - c. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
 - d. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

B. Pendaftaran Peserta

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.
 - a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan didaftarkan oleh Pemerintah sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta jaminan kesehatan dapat diikutsertakan dalam program Jaminan Kesehatan pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) oleh pemerintah daerah kabupaten.
 - b. Bayi yang lahir dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dicatat dan dilaporkan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI)
 - a. Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja yang bersangkutan dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan;
 - b. Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

C. Hak dan Kewajiban Peserta

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

BAB IV

PELAYANAN KESEHATAN

A. Ketentuan Umum

1. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi:
 - a. Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP);
 - b. Pelayanan gawat darurat;
2. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis yang diperlukan.
3. Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan atau pada keadaan tertentu (kegawatdaruratan medik atau darurat medik) dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
4. Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, mulai dari fasilitas tingkat pertama/ Puskesmas ke Fasilitas pelayanan Tingkat Lanjutan dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya.
5. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.
6. Rujukan partial dapat dilakukan antar fasilitas kesehatan dan biayanya ditanggung oleh fasilitas kesehatan yang merujuk.
7. Kasus medis yang menjadi kompetensi FKTP harus diselesaikan secara tuntas di FKTP, kecuali terdapat keterbatasan sumber daya manusia, sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
8. Status kepesertaan pasien harus dipastikan sejak awal masuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN dan selanjutnya menunjukkan nomor identitas peserta JKN selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.
9. Pelayanan kesehatan bagi peserta penderita penyakit HIV dan AIDS, Tuberculosis (TB), malaria serta kusta dan korban narkoba yang memerlukan rehabilitasi medis, pelayanannya dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang merupakan bagian dari pembayaran kapitasi dan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan tetap dapat diklaimkan sesuai tarif INA-CBGs, sedangkan obatnya menggunakan obat program.

C. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik pemerintah yang disebut puskesmas dan jajarannya.

C. Manfaat Jaminan Kesehatan

Manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulan. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter.

1. Manfaat yang dijamin dalam JKN terdiri dari :

- a. Pelayanan kesehatan di FKTP/Puskesmas dan jajarannya merupakan pelayanan kesehatan non-spesialistik yang meliputi :
 - 1) Administrasi pelayanan;
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - 4) Tindakan medis non-spesialistik, baik operatif maupun non-operatif;
 - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
- b. Pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud diatas untuk pelayanan medis mencakup:
 - 1) Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - 2) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
 - 3) Kasus medis rujuk balik;
 - 4) Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
 - 5) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan
 - 6) Rehabilitasi medik dasar.
- c. Manfaat pelayanan promotif dan preventif
 - 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
 - 2) Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.
 - 3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
 - 4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah Daerah.
 - 5) Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan, yaitu:
 - a) Diabetes mellitus tipe II;
 - b) Hipertensi;
 - c) Kanker leher rahim;
 - d) Kanker payudara; dan
 - e) Penyakit lain yang ditetapkan Menteri.

6) Pelayanan skrining kesehatan tertentu dalam poin 5) merupakan pelayanan yang termasuk dalam lingkup non- kapitasi, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan meliputi :

- a) Pemeriksaan Gula Darah;
- b) Pemeriksaan IVA untuk kasus Ca Cervix ; dan
- c) Pemeriksaan Pap Smear

7) Khusus untuk kasus dengan pemeriksaan IVA positif dapat dilakukan pelayanan Terapi Krio.

d. Manfaat Pelayanan Kebidanan dan Neonatal dalam JKN :

1) Pemeriksaan ANC berupa pemeriksaan fisik, pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan denyut jantung janin, pemeriksaan posisi janin, pemeriksaan Hb, pemeriksaan golongan darah, tes celup glukoprotein urin, imunisasi, pemberian suplemen besi dan asam folat, dan konseling, serta mengonsultasikan ke dokter pada trimester pertama atau sedini mungkin.

2) Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan.

3) Pemeriksaan PNC/neonatus sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi.

4) Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya.

5) Pelayanan Alat Kesehatan

Pelayanan alat kesehatan yang dijamin dalam Jaminan Kesehatan Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 28 Tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional

2. Manfaat yang tidak dijamin dalam program JKN meliputi:

a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;

b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;

c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;

d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;

e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;

f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;

g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;

h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);

i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;

j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur non medis, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);

k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);

l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;

- l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
- m. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- o. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (preventable adverse events);. Yang dimaksudkan preventable adverse events adalah cedera yang berhubungan dengan kesalahan/kelalaian penatalaksanaan medis termasuk kesalahan terapi dan diagnosis, ketidaklayakan alat dan lain-lain sebagaimana kecuali komplikasi penyakit terkait;
- p. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

BAB V PENDANAAN

A. Mekanisme Pembayaran

1. Dana Kapitasi

- a. Dana kapitasi mulai bulan januari sampai dengan bulan april tahun 2014 dibayarkan sesuai dengan pengajuan klaim dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) berdasarkan pola tarif yang diatur oleh Bupati Rokan Hilir.
- b. Dana kapitasi mulai bulan mei sampai dengan bulan desember tahun 2014 dialokasikan berdasarkan Peraturan Bupati Rokan Hilir Nomor 466 Tahun 2014 Tentang Alokasi Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Pusat Kesehatan Masyarakat.

2. Dana Non Kapitasi mulai bulan januari sampai dengan desember dialokasikan untuk 90% untuk jasa pelayanan dan 10% untuk dukungan kegiatan operasional kesehatan.

Dukungan operasional kesehatan ini kegiatannya sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014.

3. Sisa dana kapitasi yang tidak terealisasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama/puskesmas dapat dimanfaatkan kembali oleh puskesmas untuk tahun berikutnya.

4. Mekanisme Pembayaran Klaim Non Kapitasi

Pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

- a. pelayanan ambulan;
- b. pelayanan obat program rujuk balik;
- c. pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik;
- d. pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio;
- e. rawat inap tingkat pertama;
- f. pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter;
- g. pelayanan KB berupa MOP/vasektomi;
- h. kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat;
- i. pelayanan darah di FKTP; dan
- j. pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

BAB VI

MONITORING, EVALUASI DAN PENANGANAN KELUHAN

A. Ketentuan Umum

1. Dalam hal puskesmas sebagai pihak yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional maka Dinas Kesehatan mempunyai kewenangan dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pengajuan pengkleman dan pelayanan yang diberikan puskesmas kepada masyarakat yang memperoleh jaminan pelayanan kesehatan.
2. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, telah sesuai dengan kewenangan dan standar pelayanan medis yang ditetapkan oleh Menteri.

B. Aspek Monitoring dan Evaluasi

Dalam pelaksanaan Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan JKN ada beberapa aspek yang perlu di monitoring yaitu Kepesertaan, Fasilitas Kesehatan, SDM Kesehatan, Obat dan Alat Kesehatan, Utilisasi Pelayanan dan Keuangan, Sedangkan untuk evaluasi penyelenggaraan JKN aspek yang akan di evaluasi yaitu status kesehatan, kemiskinan.

C. Tim Monitoring-Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan JKN

Dalam Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi (Monev) Pelayanan penyelenggaraan JKN dibentuk Tim Monev Kabupaten yang di tetapkan Bupati Rokan Hilir.

D. Pelaporan dibuat oleh Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama dan diserahkan kepada Dinas Kesehatan.

E. Penanganan Keluhan

Dalam upaya penanganan keluhan di dalam penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan meliputi beberapa prinsip :

1. Prinsip Penanganan Keluhan harus berdasarkan fakta atau bukti. Setiap pengaduan dan permasalahan perlu ditangani dan ditanggapi secara cepat dan tepat.
2. Penanganan keluhan harus dilaksanakan dengan kerjasama yang baik antara pejabat yang berwenang dan terkait.
3. Penangan keluhan harus dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat waktu dan biaya.

BAB VIII

PENUTUP

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya, melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bagi peserta program JKN dana amanah yang harus harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah.

Diharapkan pedoman ini menjadi acuan bagi puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama milik daerah dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang mempunyai jaminan kesehatan.

Pelayanan kesehatan bagi penduduk melalui program JKN ini dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya. Semoga apa yang menjadi harapan kita semua yaitu jaminan kesehatan bagi semua/ *Universal Health Coverage* pada tahun 2019 dapat sumbangsuhnya, baik gagasan pemikiran, tenaga dan kontribusi lainnya mendapatkan imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang Maha Esa.

