



BUPATI TULANG BAWANG

PERATURAN BUPATI TULANG BAWANG
NOMOR : II TAHUN 2014

TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)
KABUPATEN TULANG BAWANG TAHUN 2014

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TULANG BAWANG,

- Menimbang : a. bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan taraf hidup menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur;
- b. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan, sasaran program, akuntabilitas, efektifitas dan efisiensi pengelolaan keuangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dipandang perlu menerbitkan Peraturan Bupati Tulang Bawang tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten Tulang Bawang Tahun 2014.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 02 Tahun 1997 tentang Pembentukan Kabupaten Daerah Tingkat II Tulang Bawang dan Kabupaten Daerah Tingkat II Tanggamus (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 02, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3667);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. 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 beberapa kali 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);

4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan 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);
9. 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);
10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2006 tentang Jenis dan Bentuk Produk Hukum Daerah ;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 16 Tahun 2006 tentang Prosedur Penyusunan Produk Hukum Daerah ;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 17 Tahun 2006 tentang Lembaran Daerah dan Berita Daerah ;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
15. Peraturan Daerah Kabupaten Tulang Bawang Nomor 06 Tahun 2013 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Tulang Bawang Tahun Anggaran 2014, (Lembaran Daerah Kabupaten Tulang Bawang Tahun 2013 Nomor 06, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tulang Bawang Nomor 06).

- Memperhatikan:
1. *Memorandum of Understanding* antara Pemerintah Kabupaten Tulang Bawang dengan BPJS (Persero) Cabang Metro Nomor : B/345/II.6/HK/TB/2013 dan Nomor : 566.A/III.08/1213 tanggal 23 Desember 2013 tentang Jaminan Kesehatan bagi Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Kabupaten Tulang Bawang;
 2. Perjanjian Kerjasama antara PT Askes (Persero) Cabang Metro dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Nomor : 562/PKS/III.08/1213 dan Nomor : 800/1176.a/II.6/TB/XII/2013 tanggal 23 Desember 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Tahun 2014;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) KABUPATEN TULANG BAWANG TAHUN 2014.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Tulang Bawang.
2. Bupati adalah Bupati Tulang Bawang.
3. Wakil Bupati Wakil Bupati Tulang Bawang.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Tulang Bawang.
5. Daerah adalah Kabupaten Tulang Bawang.
6. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang.
7. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang.
8. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
10. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
11. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
12. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
13. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

14. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
15. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
16. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
17. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
18. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
19. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Bupati Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional.
20. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
21. Kapitasi adalah suatu cara pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Primer dengan perhitungan berdasarkan jumlah peserta per bulan yang besarnya ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan dan kekurangan atau kelebihan merupakan tanggung jawab Fasilitas Kesehatan Primer.
22. Klaim adalah suatu cara pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Primer berdasarkan pelayanan yang telah diberikan kepada peserta yang dibayarkan setelah melaksanakan pelayanan.
23. Berita Daerah adalah Berita Daerah Kabupaten Tulang Bawang.

BAB II
PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN
Pasal 2

- (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (2) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. Puskesmas atau yang setara;
 - b. Praktik dokter;
 - c. Praktik dokter gigi;
 - d. Klinik pratama atau yang setara;



- e. Rumah Sakit kelas D pertama atau yang setara.
- (3) Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. Klinik utama atau yang setara;
 - b. Rumah sakit umum; dan
 - c. Rumah sakit khusus.

Pasal 3

- (1) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif.
- (2) Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang.
- (4) Dalam hal diperlukan pelayanan penunjang selain pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat diperoleh melalui rujukan ke fasilitas penunjang lain.

BAB III

KERJA SAMA FASILITAS KESEHATAN DENGAN BPJS KESEHATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 4

- (1) Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 mengadakan kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui perjanjian kerja sama.
- (3) Perjanjian kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.

Pasal 5

- (1) Untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 harus memenuhi persyaratan.
- (2) Selain ketentuan harus memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan dalam melakukan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan juga harus mempertimbangkan kecukupan antara jumlah Fasilitas Kesehatan dengan jumlah Peserta yang harus dilayani.

Bagian Kedua
Persyaratan, Seleksi dan Kredensialing
Pasal 6

- (1) Persyaratan yang harus dipenuhi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama terdiri atas :
- a. untuk praktik dokter atau dokter gigi harus memiliki :
 1. Surat Izin Praktik;
 2. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 3. Perjanjian kerja sama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring lainnya;
 4. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - b. untuk Puskesmas atau yang setara harus memiliki :
 1. Surat Izin Operasional;
 2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 3. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 4. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - c. untuk Klinik Pratama atau yang setara harus memiliki:
 1. Surat Izin Operasional;
 2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 3. Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian;
 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 5. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 6. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - d. untuk Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara harus memiliki :
 1. Surat Izin Operasional;
 2. Surat Izin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 4. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi.

Pasal 7

Persyaratan yang harus dipenuhi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdiri atas:

- a. Untuk klinik utama atau yang setara harus memiliki:
 1. Surat Izin Operasional;
 2. Surat Izin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 4. Perjanjian kerja sama dengan laboratorium, radiologi, dan jejaring lain jika diperlukan;
- dan



5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Untuk rumah sakit harus memiliki :
 1. Surat Izin Operasional;
 2. Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit;
 3. Surat Izin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 5. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 6. Sertifikat akreditasi;
 7. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 8

- (1) Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam rangka pemberian pelayanan kebidanan di suatu wilayah tertentu, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan.
- (3) Persyaratan bagi praktik bidan dan/atau praktik perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terdiri atas:
 - a. Surat Izin Praktik (SIP);
 - b. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 - c. Perjanjian kerja sama dengan dokter atau puskesmas pembinanya;
 - d. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 9

- (1) Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan *kredensialing* dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi:
 - a. Sumber daya manusia;
 - b. Kelengkapan sarana dan prasarana;
 - c. Lingkup pelayanan; dan
 - d. Komitmen pelayanan.
- (2) Kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk penetapan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, jenis dan luasnya pelayanan, besaran kapitasi, dan jumlah Peserta yang bisa dilayani.
- (3) BPJS Kesehatan dalam menetapkan kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada Peraturan Bupati.

Pasal 10

- (1) Perpanjangan kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan setelah dilakukan kredensialing.

- (2) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menggunakan kriteria teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) dan penilaian kinerja yang disepakati bersama.
- (3) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat (tiga) bulan sebelum masa perjanjian kerja sama berakhir.

Pasal 11

- (1) Fasilitas kesehatan dapat mengajukan keberatan terhadap hasil kredensialing dan rekredensialing yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.
- (2) Dalam menindaklanjuti keberatan yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat membentuk tim penyelesaian keberatan.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari unsur dinas kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan.

Bagian Ketiga Hak dan Kewajiban Pasal 12

- (1) Perjanjian kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan memuat hak dan kewajiban kedua belah pihak.
- (2) Hak Fasilitas Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. Mendapatkan informasi tentang kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama dengan BPJS Kesehatan;
 - b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap.
- (3) Kewajiban Fasilitas Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai ketentuan yang berlaku;
 - b. Memberikan laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.
- (4) Hak BPJS Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan Fasilitas Kesehatan;
 - b. Menerima laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.
- (5) Kewajiban BPJS Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. Memberikan informasi kepada Fasilitas Kesehatan berkaitan dengan kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama dengan BPJS Kesehatan;
 - b. Melakukan pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai hak dan kewajiban diatur oleh BPJS Kesehatan.

ok

BAB IV
PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 13

- (1) Setiap Peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.
- (2) Pelayanan kesehatan bagi Peserta yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:
 - a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, yang terdiri atas:
 1. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialistik); dan
 2. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik);
 - c. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Bupati.

Bagian Kedua

Prosedur Pelayanan Kesehatan

Pasal 14

- (1) Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- (2) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.
- (3) Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku bagi Peserta yang:
 - a. Berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 - b. Dalam keadaan kedaruratan medis.
- (4) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama selain Fasilitas Kesehatan tempat Peserta terdaftar pertama kali setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.

Pasal 15

- (1) Dalam hal Peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- (3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
- (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
- (5) Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
Pasal 16

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi:

- a. Administrasi pelayanan;
- b. Pelayanan promotif dan preventif;
- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama;
- h. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.

Pasal 17

- (1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 untuk pelayanan medis mencakup:
 - a. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
 - c. Kasus medis rujuk balik;
 - d. Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
 - e. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter;
 - f. Rehabilitasi medik dasar.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan panduan klinis.
- (3) Panduan klinis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 18

Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf h mencakup:

- a. Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
- b. Pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
- c. Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONEB;
- d. Pertolongan neonatal dengan komplikasi;
- e. Pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis.

Pasal 19

- (1) Obat dan Alat Kesehatan Program Nasional yang telah ditanggung oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

ok

- (2) Obat dan Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Alat kontrasepsi dasar;
 - b. Vaksin untuk imunisasi dasar; dan
 - c. Obat program pemerintah.

Bagian Keempat
Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
Pasal 20

- (1) Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi :
- a. Administrasi pelayanan;
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - c. Tindakan medis spesialistik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - f. Rehabilitasi medis;
 - g. Pelayanan darah;
 - h. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
 - i. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan;
 - j. Perawatan inap non intensif;
 - k. Perawatan inap di ruang intensif.
- (2) Administrasi pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien.
- (3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b termasuk pelayanan kedaruratan.
- (4) Jenis pelayanan kedokteran forensik klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h meliputi pembuatan *visum et repertum* atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik.
- (5) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i terbatas hanya bagi Peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati.

Pasal 21

- (1) Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- (2) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tidak diperkenankan memilih kelas yang lebih tinggi dari haknya.

Pasal 22

- (1) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak Peserta penuh, Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.

- (2) BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan Peserta sesuai haknya dalam keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Apabila kelas perawatan sesuai hak Peserta telah tersedia, maka Peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak Peserta.
- (4) Perawatan satu tingkat lebih tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lama 3 (tiga) hari.
- (5) Dalam hal terjadi perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) lebih dari 3 (tiga) hari, selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara.

Bagian Kelima
Prosedur Pelayanan Kesehatan
Pasal 23

- (1) Prosedur pelayanan kesehatan pada Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) adalah :
 - a. Peserta menunjukkan kartu peserta yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan (proses administrasi).
 - b. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta.
 - c. Faskes melakukan pemeriksaan kesehatan/ pelayanan penunjang/ pemberian tindakan/ obat.
 - d. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan, Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing Faskes.
 - e. Faskes melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan.
 - f. Bila diperlukan peserta akan memperoleh obat.
 - g. Apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
 - h. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka Faskes tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke Faskes tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan pihak pertama akan memberikan surat rujukan ke Faskes tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
 - i. Surat rujukan berlaku untuk periode maksimal 1 (satu) bulan sejak tanggal rujukan diterbitkan. Surat rujukan disediakan oleh masing-masing Faskes dengan format sesuai ketentuan BPJS Kesehatan.
 - j. Faskes wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi pelayanan Faskes tingkat pertama.
- (2) Prosedur pelayanan kesehatan pada Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) adalah :
 - a. Peserta datang ke Faskes tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap.
 - b. Faskes dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari Faskes tingkat pertama lain.
 - c. Peserta menunjukkan kartu peserta.
 - d. Faskes melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta.
 - e. Faskes melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP).
 - f. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing Faskes.
 - g. Faskes melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan.



- h. Peserta dapat dirujuk ke Faskes rujukan tingkat lanjutan bila berdasarkan indikasi medis diperlukan.

Bagian Keenam
Pelayanan Obat, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai
Pasal 24

- (1) Peserta berhak mendapat pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
- (2) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (3) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Bupati.
- (4) Daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan.
- (5) Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan ditetapkan oleh Bupati Kesehatan.

Pasal 25

- (1) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's).
- (2) Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.

Pasal 26

- (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat program rujuk balik melalui Apotek atau depo farmasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar BPJS Kesehatan di luar biaya kapitasi.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan obat program rujuk balik diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Pasal 27

- (1) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's).
- (2) Fasilitas Kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan Alat Kesehatan yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (3) Dalam hal terdapat sengketa indikasi medis antara Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh dewan pertimbangan klinis yang dibentuk oleh Bupati.

Pasal 28

- (1) Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) dibayar dengan klaim tersendiri.
- (2) Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Dalam kondisi khusus untuk keselamatan pasien, Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditetapkan oleh dewan pertimbangan klinis bersama BPJS Kesehatan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Bagian Keenam Pelayanan Skrining Kesehatan Pasal 29

- (1) Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.
- (2) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi:
 - a. *Diabetes mellitus* tipe 2;
 - b. Hipertensi;
 - c. Kanker leher rahim;
 - d. Kanker payudara;
 - e. Penyakit lain yang ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Pelayanan *skrining* kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Dalam hal Peserta teridentifikasi mempunyai risiko berdasarkan riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu.
- (5) Peserta yang telah terdiagnosa penyakit tertentu berdasarkan penegakan diagnosa sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.
- (6) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c sampai dengan huruf e dilakukan sesuai dengan indikasi medis.

Bagian Ketujuh Pelayanan Ambulan Pasal 30

- (1) Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.

- (2) Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
- (3) Ketentuan mengenai persyaratan dan tata cara pemberian pelayanan ambulan ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Bagian Kedelapan
Pemberian Kompensasi
Pasal 31

- (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.
- (2) Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta ditetapkan oleh dinas kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- (3) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk :
 - a. Penggantian uang tunai;
 - b. Pengiriman tenaga kesehatan;
 - c. Penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.
- (4) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (5) Besaran penggantian atas biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan.
- (6) Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dan huruf c dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria kompensasi ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Bagian Kesembilan
Pengaturan Lebih Lanjut
Pasal 32

Ketentuan mengenai prosedur dan tata laksana pelayanan kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V
SISTEM PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN
Pasal 33

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada Peserta.



- (2) Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah Fasilitas Kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (4) Kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan perwakilan asosiasi fasilitas kesehatan di setiap provinsi.
- (5) Dalam hal besaran pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak disepakati oleh asosiasi fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan maka besaran pembayaran atas program Jaminan Kesehatan sesuai dengan tarif yang ditetapkan oleh Bupati.

BAB VI
KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA
Pasal 34

- (1) Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Bupati berwenang melakukan:
 - a. Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
 - b. Pertimbangan klinis (*clinical advisory*);
 - c. Penghitungan standar tarif;
 - d. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan telah sesuai dengan kewenangan dan standar pelayanan medis yang ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 35

- (1) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf a dilakukan dalam rangka pengembangan penggunaan teknologi dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan untuk peningkatan mutu dan efisiensi biaya serta penambahan Manfaat jaminan kesehatan.
- (2) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan usulan dari asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan BPJS Kesehatan.
- (3) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Tim *Health Technology Assessment* (HTA) yang dibentuk oleh Bupati.
- (4) Tim *Health Technology Assessment* (HTA) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertugas melakukan penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang dikategorikan dalam teknologi baru, metode baru, obat baru, keahlian khusus, dan pelayanan kesehatan lain dengan biaya tinggi.
- (5) Tim *Health Technology Assessment* (HTA) memberikan rekomendasi kepada Bupati mengenai kelayakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) untuk dimasukkan sebagai pelayanan kesehatan yang dijamin.



- (6) Pelayanan kesehatan yang dijamin sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 36

- (1) Pertimbangan klinis (*clinical advisory*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf b dimaksudkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien efektif dan sesuai kebutuhan.
- (2) Pertimbangan klinis (*clinical advisory*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Tim yang dibentuk Bupati yang terdiri atas unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertugas memberikan rekomendasi terkait dengan permasalahan teknis medis pelayanan kesehatan.

Pasal 37

Kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

Pasal 38

Penyelenggaraan kendali mutu dan biaya oleh Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dilakukan melalui:

- a. Pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
- b. *Utilization review* dan audit medis;
- c. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan;
- d. Pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala yang dilaksanakan melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 39

- (1) Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dilakukan melalui:
 - a. Pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan;
 - b. Pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan;
 - c. Pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta.
- (2) Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.
- (3) Tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melakukan:
 - a. Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
 - b. *Utilization review* dan audit medis;
 - c. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

- (4) Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.

BAB VII
PENGELOLAAN DANA
(PENERIMAAN, PENCAIRAN/PEMBAYARAN, PEMANFAATAN DAN
PERTANGGUNGJAWABAN)
Pasal 40

- (1) Dinas Kesehatan Kabupaten
- a. Dana Pelayanan Kesehatan
 - 1) Penerimaan
 - a) Dalam persiapan awal Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang menunjuk dan menetapkan salah satu anggota Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai penanggung jawab yang akan mengelola dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang disalurkan oleh BPJS Kesehatan.
 - b) Dinas Kesehatan Kabupaten segera membuka rekening giro khusus untuk menerima dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang disalurkan oleh BPJS Kesehatan.
 - c) Penanggung jawab keuangan mencatat semua penerimaan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah disalurkan dari BPJS Kesehatan.
 - 2) Pembayaran
 - a) Tim pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten membuat inventarisasi *Plane of Action* (POA) yang diajukan oleh puskesmas.
 - b) Tim pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten melakukan telaah dan verifikasi terhadap POA yang diajukan oleh Puskesmas.
 - c) Pembayaran dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi puskesmas dilakukan berdasarkan hasil verifikasi yang dilakukan Tim pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten.
 - d) Pembayaran klaim pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama, pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal, pelayanan ambulan serta pelayanan prothesa gigi berdasarkan hasil verifikasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan.
 - e) Pembayaran atas klaim-klaim sebagaimana dimaksud pada huruf (d) dilakukan oleh BPJS Kesehatan ke Dinas Kesehatan.
 - 3) Pertanggung jawaban
 - a) Penanggung jawab keuangan sebagai pengelola keuangan yang ditunjuk harus memiliki buku catatan kas keluar/masuk untuk mencatat setiap uang masuk dan uang keluar dari kas yang terpisah dengan sumber pembiayaan yang lain, dan pembukuan terbuka bagi pengawas internal maupun eksternal setelah memperoleh izin Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang.
 - b) Seluruh berkas dan bukti-bukti penerimaan dan pembayaran dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta POA Puskesmas disimpan di Dinas Kesehatan sebagai dokumen pertanggung jawaban.
 - c) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten membuat dan mengirimkan laporan rekapitulasi realisasi penggunaan dana kapitasi yang telah dibayarkan ke Puskesmas.

b. Dana Operasional dan Manajemen Kabupaten.

Pengelolaan dana Operasional dan Manajemen Kabupaten oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten mengikuti ketentuan pengelolaan keuangan daerah yang berlaku.

(2) Puskesmas

a. Penerimaan

- 1) Kepala Puskesmas menunjuk dan menetapkan penanggung jawab yang akan mengelola dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 2) Puskesmas segera membuka rekening giro khusus untuk menerima dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 3) Penanggung jawab keuangan mencatat semua penerimaan dan pengeluaran dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah disalurkan oleh Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

b. Pencairan/Pembayaran

- 1) Puskesmas membuat *Plan Of Action* (POA) sebagai acuan rencana kerja puskesmas dan jaringannya dalam pemberian pelayanan kesehatan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik di dalam maupun di luar gedung. POA tersebut telah disepakati dan dibahas sebelumnya melalui forum lokakarya mini puskesmas. POA dibuat secara terpadu untuk kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan pengusulan POA tersebut dapat dilakukan perbulan. Pencairan dana dapat dilakukan perbulan, perdua bulan atau pertiga bulan disesuaikan kebijakan kepala Dinas Kesehatan setempat dengan mempertimbangkan letak geografis dan kesulitan-kesulitan puskesmas.
- 2) Pencairan dan pembayaran dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) didasarkan pada POA dari puskesmas.
- 3) Pencairan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama, pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal, pelayanan ambulan serta pelayanan prothesa gigi didasarkan pada klaim yang diajukan oleh puskesmas.

c. Pemanfaatan

- 1) Pemanfaatan dana kapitasi dan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di puskesmas dan jaringannya dapat digunakan untuk membayar :
 - a) Pelayanan rawat jalan tingkat pertama
 - b) Pelayanan rawat inap tingkat pertama
 - c) Pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal
 - d) Pelayanan ambulan
 - e) Prothesa gigi
- 2) Biaya pelayanan kesehatan di puskesmas mengacu pada Peraturan Daerah tentang tarif yang berlaku di daerah tersebut. Apabila dalam Peraturan Daerah tentang tarif tersebut tidak mengatur tentang tarif atas jenis pelayanan yang diberikan maka dapat dibuatkan Surat Keputusan Bupati. Khusus untuk pelayanan rawat inap tingkat pertama dan pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal menggunakan tarif yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.
- 3) Dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah dibayarkan ke puskesmas, menjadi pendapatan puskesmas dan jaringannya sebagaimana dimaksud pada angka 1 (satu) diatas dapat dimanfaatkan langsung oleh Puskesmas sesuai dengan persentase pemanfaatan dana yaitu untuk jasa pelayanan, jasa sarana prasana (Obat-obatan, bahan medis habis pakai, reagensia dan bahan lainnya yang tidak tersedia di Puskesmas), upaya kesehatan perorangan, operasional dan manajemen puskesmas serta retribusi.

- 4) Untuk Surat Penyediaan Dana (SPD) agar disiapkan sebesar alokasi anggaran dana bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah Kabupaten Tulang Bawang.
- 5) Untuk pengakuan dan pencatatan belanja Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) harus tercatat di DPA SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Tahun Anggaran 2014 dan Pembayaran dilakukan melalui mekanisme SPM/SP2D Nihil, sehingga belanja Dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tercatat dalam mekanisme APBD dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah Kabupaten Tulang Bawang.
- 6) Pengadaan obat-obatan, bahan medis habis pakai dan *reagensia* sebagaimana dimaksud pada angka 3 (tiga) dapat dilakukan oleh puskesmas setelah mendapatkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan.
- 7) Pemanfaatan dana sebagaimana dimaksud pada angka 1 (satu) adalah sebagai berikut :

a) Jasa pelayanan kesehatan dasar.

Jasa pelayanan kesehatan dasar dibayarkan sebesar maksimal 60 % (enam puluh persen) dari total dana pendapatan pelayanan kesehatan dasar program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan rincian :

1. Jasa Kepala Puskesmas : 15 % (lima belas persen)
2. Jasa Ka. Tata Usaha Puskesmas : 5 % (lima persen)
3. Jasa Medis : 25 % (dua puluh lima persen)
4. Jasa Paramedis : 40 % (empat puluh persen)
5. Jasa Tenaga Kesehatan Penunjang : 10 % (sepuluh persen)
6. Jasa Tenaga lainnya : 5 % (lima persen)

Pembagian jasa pelayanan kesehatan di puskesmas memperhatikan kinerja, tingkat kehadiran dan pangkat/golongan, serta disepakati dalam lokakarya mini. Jasa pelayanan kesehatan dibayarkan oleh penanggung jawab keuangan puskesmas setelah mendapat persetujuan Kepala Puskesmas. Jasa pelayanan dibagikan kepada seluruh pegawai Puskesmas termasuk Puskesmas pembantu, Polindes, Pos kesehatan desa setiap bulannya. Pajak penghasilan dari jasa pelayanan kesehatan wajib disetorkan ke negara

b) Jasa Sarana Prasarana.

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dari total dana pendapatan pelayanan kesehatan dasar program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat dipergunakan untuk penyediaan sarana prasarana pelayanan kesehatan, seperti : obat-obatan, bahan medis habis pakai, *reagensia*, dan bahan lainnya yang tidak tersedia di puskesmas. Selain itu dapat digunakan pula untuk Upaya Kesehatan Perorangan dan pemenuhan sarana prasarana lainnya guna menstimulasi peningkatan kualitas layanan medis, peningkatan mutu layanan prima, dan peningkatan sarana prasarana fasilitas kesehatan dalam mendukung pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

c) Operasional dan Manajemen Puskesmas

Sebesar 10 % (sepuluh persen) dari total dana pendapatan pelayanan kesehatan dasar digunakan untuk operasional dan manajemen puskesmas dalam mendukung pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

d) Operasional dan Manajemen Kabupaten

Dana Operasional dan Manajemen Kabupaten dikelola oleh Dinas Kesehatan sebesar 4 % (empat persen) dari total dana pendapatan pelayanan kesehatan dasar program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) digunakan untuk pembayaran honorarium tim pengelola kabupaten; operasional tim pengelola dan tim koordinasi kabupaten; koordinasi pelaksanaan, konsultasi, pembinaan (monitoring

- dan evaluasi) dan pengembangan program; sosialisasi program bagi *stakeholder* dan melalui media; evaluasi program di kabupaten; dan pengelolaan pelaporan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di kabupaten.
- e) Retribusi Pelayanan Kesehatan sebesar 1 % (satu persen) dari total dana pendapatan pelayanan kesehatan dasar program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) disetorkan ke Kas Daerah melalui Bendahara Penerimaan Dinas Kesehatan.
 - 8) Khusus untuk jasa pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal pemanfaatannya adalah sebagai berikut:
 - a) Bagi bidan jejaring puskesmas dan bukan bidan praktek mandiri (tidak memiliki SIPB)
 - 1. Jasa tenaga penolong persalinan sebesar 80 % (delapan puluh persen).
 - 2. Bahan habis pakai, kebutuhan lain untuk proses persalinan serta akomodasi dan konsumsi pasien sebesar 19 % (sembilan belas persen).
 - 3. Retribusi pelayanan kesehatan sebesar 1 % (satu persen).
 - b) Bagi bidan praktek mandiri (memiliki SIPB)
 - 1. Jasa tenaga penolong persalinan sebesar 95 % (sembilan puluh lima persen).
 - 2. Operasional dan manajemen puskesmas dalam mendukung pelaksanaan kegiatan pelayanan kebidanan dan neonatal program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebesar 5 % (lima persen).
 - 9) Untuk pendapatan puskesmas yang berasal dari pasien umum bukan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemanfaatan dananya mengikuti ketentuan sebagaimana tercantum dalam angka 7 (tujuh).
- d. Pertanggung jawaban
- 1) Penanggung jawab keuangan puskesmas sebagai pengelola keuangan yang ditunjuk harus memiliki buku catatan kas keluar/masuk (buku kas tunai dan buku kas bank) untuk mencatat setiap uang masuk dan uang keluar dari kas yang terpisah dengan sumber pembiayaan yang lain, dan pembukuan terbuka bagi pengawas internal maupun eksternal setelah memperoleh izin Kepala Puskesmas.
 - 2) Seluruh berkas dan bukti-bukti penerimaan dan pemanfaatan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta POA Puskesmas dan bukti pendukung disimpan sebagai dokumen pertanggung jawaban.
 - 3) Penanggung jawab keuangan puskesmas membuat dan mengirimkan laporan rekapitulasi realisasi penggunaan dana yang telah dimanfaatkan oleh Puskesmas setiap bulannya ke Dinas Kesehatan.

BAB VIII

PROSES PENGAJUAN KLAIM DAN TATA CARA PEMBAYARAN

Pasal 41

- (1) Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. Biaya pelayanan RJTP dibayar dengan kapitasi, yaitu berdasarkan jumlah peserta terdaftar di Fasilitas Kesehatan (Faskes).
 - b. Ketentuan mutasi tambah kurang peserta :
 - 1) Peserta lama yang melakukan pergantian faskes tingkat pertama :
 - a) Apabila peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari faskes tingkat pertama ke faskes tingkat pertama lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada faskes tingkat pertama yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.
 - b) Peserta yang melakukan mutasi pada bulan berjalan tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di faskes tingkat pertama yang baru sampai dengan bulan

berjalan selesai. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di faskes tingkat pertama yang baru pada bulan berikutnya.

- 2) Peserta baru
 - a) Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 (satu) s.d 31 (tiga puluh satu) bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
 - b) Perhitungan kapitasi dengan penambahan peserta baru yang masuk pada tanggal 1 (satu) s.d 31 (tiga puluh satu) bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.
 - 3) Pembayaran kapitasi dilaksanakan setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 15 (lima belas) bulan berjalan setelah BPJS Kesehatan menerima laporan kunjungan dari faskes. Dalam hal BPJS Kesehatan belum menerima laporan kunjungan dari faskes maka pembayaran akan ditunda hingga laporan dimaksud diterima.
- (2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- a. Pengajuan klaim RITP diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Faskes tingkat pertama secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya dengan menyampaikan kelengkapan administrasi sebagai berikut :
 - 1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga).
 - 2) Kwitansi pengajuan total RITL dari Puskesmas bermaterai secukupnya.
 - 3) Pengajuan klaim kolektif RITP dari Puskesmas.
 - 4) Rekapitulasi pelayanan, terdiri dari :
 - a) Nama Penderita;
 - b) Nomor Identitas;
 - c) Alamat dan nomor telepon pasien;
 - d) Diagnosa penyakit;
 - e) Tindakan yang diberikan;
 - f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
 - g) Jumlah hari rawat;
 - h) Besaran tarif paket;
 - i) Jumlah tagihan paket rawat inap tingkat pertama (besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat);
 - j) Jumlah seluruh tagihan.
 - 5) Berkas pendukung masing-masing pasien :
 - a) Foto kopi identitas peserta BPJS;
 - b) Surat perintah rawat inap dari Dokter;
 - c) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga;
 - d) Catatan perkembangan (bukti pelayanan perhari ditandatangani oleh dokter yang merawat) meliputi tanggal/jam, riwayat penyakit dan pemeriksaan (TD, suhu, nadi) setiap hari;
 - e) Foto kopi kartu rawat tinggal/ resume medis.
 - b. Pembayaran RITP termasuk persalinan dan pelayanan kebidanan lainnya yang termasuk dalam komponen non kapitasi dilaksanakan selambat-lambatnya 15 (lima belas) hari kerja setelah berkas diterima lengkap.
 - c. Kadaluarsa klaim adalah 2 (dua) tahun terhitung sejak pelayanan diberikan.
- (3) Persalinan / maternal dan neonatal non kapitasi di Faskes tingkat pertama
- a. Pengajuan klaim persalinan dan pelayanan maternal/neonatal non kapitasi di Faskes tingkat pertama dapat dilakukan oleh Faskes tingkat pertama yang memberikan pelayanan (Puskesmas/Puskesmas PONED/Klinik/Dokter praktek perorangan dengan jejaring).

ok

- b. Jejaring Faskes tingkat pertama berupa Polindes/Poskesdes dan bidan desa/praktik mandiri mengajukan tagihan melalui Faskes induknya.
- c. Kecuali pada daerah tidak ada Faskes tingkat pertama (ditetapkan oleh SK Kepala Dinas Kesehatan), maka bidan desa/bidan praktik mandiri dapat menjadi faskes tingkat pertama yang bekerjasama langsung dengan BPJS Kesehatan dan mengajukan klaim langsung ke BPJS Kesehatan.
- d. Klaim diajukan secara kolektif setiap bulan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut :
 - 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga);
 - 2) Kwitansi pengajuan total klaim persalinan dari Puskesmas bermaterai secukupnya;
 - 3) Pengajuan klaim kolektif persalinan dari Puskesmas;
 - 4) Rekapitulasi pelayanan :
 - a) Nama Penderita;
 - b) Nomor Identitas;
 - c) Alamat dan nomor telepon pasien;
 - d) Tanggal Pelayanan;
 - e) GPA (Gravid, Partus, Abortus);
 - f) Jenis persalinan (tanpa penyulit/dengan penyulit);
 - g) Besaran tarif paket;
 - h) Jumlah seluruh tagihan.
 - 5) Berkas pendukung masing-masing pasien :
 - a) Foto kopi identitas peserta BPJS (suami dan istri);
 - b) Foto kopi lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan untuk Pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan. Apabila peserta tidak memiliki buku KIA pada daerah tertentu, dapat digunakan kartu ibu atau keterangan pelayanan lainnya pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil/bersalin dan petugas yang menangani;
 - c) Partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan. Pada kondisi tidak ada partograf dapat digunakan keterangan lain yang menjelaskan tentang pelayanan persalinan yang diberikan;
 - d) Surat Keterangan Kelahiran;
 - e) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga;
 - f) Kwitansi bermaterai cukup;
 - g) Foto kopi kartu keluarga.
 - 6) Pelayanan persalinan di Faskes tingkat pertama terdiri dari :
 - a) Persalinan pervaginam normal dapat dilaksanakan di :
 1. Puskesmas/ Puskesmas PONED/ Klinik/ Dokter Praktek Perorangan dan jejaringnya;
 2. Bidan Desa/ Bidan Praktik Mandiri baik sebagai jejaring atau sebagai faskes tingkat pertama.
 - b) Persalinan dengan komplikasi atau penyulit pervaginam yang merupakan kompetensi Puskesmas PONED/Klinik/Dokter dan Bidan, meliputi :
 1. Persalinan pervaginam melalui induksi;
 2. Persalinan pervaginam dengan tindakan;
 3. Persalinan pervaginam dengan komplikasi;
 4. Persalinan pervaginam dengan kondisi bayi kembar;
 5. Penanganan perdarahan pasca keguguran.

- (4) Persyaratan pengajuan klaim ambulance
- a. Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga);
 - b. Surat tagihan klaim ambulance;
 - c. Kwitansi pengajuan klaim ambulance bermaterai secukupnya;
 - d. Copy surat rujukan yang telah diterima oleh UGD RS/ RS penerima rujukan;
 - e. Besaran biaya untuk ambulance adalah sebagai berikut :
 - 1) Jarak tempuh kurang dari atau sama dengan 10 KM sebesar Rp 50.000,- (lima puluh ribu rupiah);
 - 2) Jarak tempuh diatas 10 KM dihitung per kilo meter sebesar Rp 6.000,- (enam ribu rupiah);
 - 3) Standar jarak tempuh ambulace adalah sebagaimana tercantum pada lampiran Peraturan Bupati ini.

BAB IX
PENGORGANISASIAN
Pasal 42

- (1) Pengorganisasian program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimaksudkan agar pelaksanaan manajemen kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat berjalan secara efektif dan efisien. Pengelolaan kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan secara bersama-sama antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten.
- (2) Pengorganisasian manajemen Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri dari :
 - a. Tim koordinasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bersifat lintas sektor di tingkat Kabupaten.
 - b. Tim pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bersifat lintas program sampai tingkat Kabupaten.

Bagian Kesatu
Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tingkat Kabupaten
Pasal 43

- (1) Bupati Tulang Bawang membentuk Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tingkat Kabupaten Tulang Bawang, yang terdiri dari Pelindung, Ketua, Sekretaris dan Anggota. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten Tulang Bawang dengan anggota terdiri dari pejabat terkait.
- (2) Tugas Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas adalah :
 - a. Menjabarkan strategi dan kebijakan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di tingkat Kabupaten Tulang Bawang.
 - b. Mengarahkan pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan kebijakan nasional.
 - c. Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
 - d. Menjadi fasilitator lintas sektor tingkat Kabupaten Tulang Bawang dan Puskesmas.
- (3) Struktur Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tingkat Kabupaten Tulang Bawang terdiri dari :
 - a. Pelindung : Bupati Tulang Bawang
 - b. Ketua : Sekretaris Daerah Kabupaten Tulang Bawang
 - c. Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang

ok

d. Anggota :

- 1) Kepala BAPPEDA Kabupaten Tulang Bawang
- 2) Ketua Komisi D DPRD Kabupaten Tulang Bawang yang membidangi kesehatan.
- 3) Kepala BPKAD Kabupaten Tulang Bawang
- 4) Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang
- 5) Lintas sektor terkait sesuai kebutuhan

Bagian Kesatu

Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tingkat Kabupaten
Pasal 44

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang membentuk Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tingkat Kabupaten Tulang Bawang, yang terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua, wakil Ketua dan Anggota. Tim Pengelola bersifat lintas program terkait dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diketuai oleh Kepala Bidang yang membidangi pembiayaan dan jaminan kesehatan.
- (2) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki tugas :
 - a. Melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tingkat Pusat.
 - b. Mempertanggung jawabkan manajemen penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
 - c. Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di wilayah kerjanya (termasuk pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan lanjutan).
 - d. Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka evaluasi, monitoring, pembinaan dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di kabupaten Tulang Bawang.
 - e. Mengoordinasikan manajemen pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di kabupaten Tulang Bawang.
 - f. Melakukan sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
 - g. Melakukan monitoring, evaluasi, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
 - h. Melakukan telaah atas kegiatan (POA) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diusulkan Puskesmas.
 - i. Menyalurkan dana kepada Puskesmas yang didasarkan atas usulan-usulan kegiatan-kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang disetujui dan ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan atau pejabat yang diberikan kewenangan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang.
 - j. Melakukan verifikasi atas semua kegiatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan Puskesmas berdasarkan usulan kegiatan sebelumnya.
 - k. Menangani penyelesaian keluhan terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
 - l. Melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang berkeinginan menjadi jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) kebidanan dan neonatal program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di wilayah kerjanya.
 - m. Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan dan hasil kinerja kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tingkat Pusat.
 - n. Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan Jampersal Tingkat Pusat melalui Dinas Kesehatan Provinsi setempat.
- (3) Susunan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tingkat Kabupaten Tulang Bawang terdiri dari :

- a. Penanggung Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang
- b. Sekretariat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
 - 1) Ketua : Kepala Bidang yang membidangi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
 - 2) Wakil Ketua I : Ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan bidang advokasi dan sosialisasi
 - 3) Wakil Ketua II : Ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan bidang Monev dan Pelaporan
 - 4) Anggota : 4 (empat) orang

BAB X
PEMANTAUAN DAN EVALUASI
Pasal 45

Pemantauan dan evaluasi perlu dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai kesesuaian antara rencana program dan pelaksanaan di lapangan, sedangkan evaluasi bertujuan melihat pencapaian pelaksanaan program.

Bagian Kesatu
Ruang Lingkup Pemantauan dan Evaluasi
Pasal 46

Ruang Lingkup dari pemantauan dan evaluasi :

- (1) Data sasaran, pencatatan, pelaporan dan penanganan keluhan.
- (2) Pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun jumlah rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- (3) Kualitas pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- (4) Pelaksanaan penyaluran dana dan verifikasi pertanggung jawaban dana.
- (5) Pelaksanaan verifikasi penggunaan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- (6) Pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten.

Bagian Kedua
Mekanisme Pemantauan dan Evaluasi
Pasal 47

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala baik bulanan, triwulan, semester maupun tahunan oleh Dinkes Kabupaten melalui kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- (1) Pertemuan koordinasi.
- (2) Pengolahan dan analisis data.
- (3) Supervisi.

Bagian Ketiga
Penanganan Keluhan
Pasal 48

Penyampaian keluhan berguna sebagai masukan untuk perbaikan dan peningkatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penyampaian keluhan dapat disampaikan oleh peserta, pemerhati, dan petugas fasilitas kesehatan kepada pengelola program di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang dan BPJS Kesehatan dengan memperhatikan prinsip:



- (1) Keluhan harus direspon secara cepat dan tepat.
- (2) Penanganan keluhan dilakukan pada tingkat terdekat dengan masalah dan penyelesaiannya dapat dilakukan secara berjenjang.
- (3) Penanganan keluhan dapat memanfaatkan unit yang telah tersedia di fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

Bagian Empat
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 49

- (1) Pembinaan bertujuan agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) lebih berdaya guna dan berhasil guna. Pembinaan dilakukan secara berjenjang sesuai dengan tugas dan fungsinya, diantaranya :
 - a. Pembinaan dalam penyusunan POA program.
 - b. Pembinaan dalam pelaksanaan program di lapangan.
 - c. Pembinaan dalam pertanggungjawaban dana dan tatalaksana dan tatakelola keuangan serta pemanfaatan dana.
 - d. Pembinaan dalam penyelenggaraan proses klaim.
 - e. Pembinaan dalam proses sistem informasi manajemen baik yang berbasis website maupun manual.
- (2) Pengawasan dilakukan secara :
 - a. Pengawasan melekat.
 - b. Pengawasan fungsional.

Bagian Kelima
Pelaporan Dan Utilization Review
Pasal 50

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkala setiap bulan kepada BPJS Kesehatan ditembuskan ke Dinas Kesehatan.
- (2) BPJS Kesehatan wajib menerapkan *Utilization Review* secara berkala dan berkesinambungan dan memberikan umpan balik hasil *Utilization Review* kepada Fasilitas Kesehatan.
- (3) BPJS Kesehatan melaporkan hasil *Utilization Review* kepada Bupati dan DJSN.
- (4) Ketentuan mengenai mekanisme pelaporan dan *Utilization Review* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

BAB XI
PENUTUP
Pasal 51

Hal-hal yang belum diatur dalam petunjuk teknis ini akan diatur kemudian melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang dengan memperhatikan masukan dari berbagai sumber.



Pasal 52

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal di undangkan. Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tulang Bawang

PARAF KOORDINASI	
1	WAKIL BUPATI
2	SEKDAKAB
3	ASISTEN I
4	ASISTEN II
5	ASISTEN III
6	ASISTEN IV
7	KABAG HUKUM
8

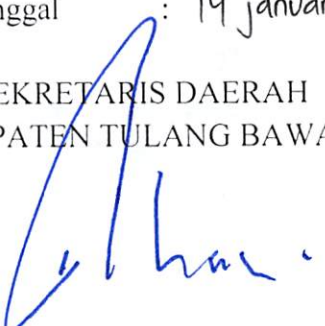
Ditetapkan di : Menggala .
Pada tanggal : 13 Januari 2014

BUPATI TULANG BAWANG


HANAN A. ROZAK

Diundangkan di : Menggala .
Pada tanggal : 14 Januari 2014

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN TULANG BAWANG


RIMIR MIRHADI
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19620511 198103 1 002

BERITA DAERAH KABUPATEN TULANG BAWANG TAHUN 2014 NOMOR : II