



WALIKOTA BITUNG

PERATURAN WALIKOTA BITUNG
NOMOR 15 TAHUN 2013

TENTANG

PEMANFAATAN ATAS PENERIMAAN DANA KLAIM
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (KELAS C) KOTA BITUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BITUNG,

- Menimbang :
- a. bahwa Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan program yang memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu, yang pembiayaannya bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
 - b. bahwa dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud dalam huruf a diluncurkan ke rekening Rumah Sakit Umum Daerah yang statusnya masih dana APBN yang berupa dana titipan sementara;
 - c. bahwa setelah klaim diverifikasi dan dibayarkan sebagai penggantian pelayanan kesehatan yang telah diberikan, maka status dana klaim berubah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan yang harus disetorkan langsung secara bruto ke Kas Daerah, sehingga pendapatan dan penggunaannya wajib masuk dalam APBD;
 - d. dana yang telah disetorkan sebagaimana dimaksud dalam huruf c, dapat dimanfaatkan kembali untuk pembayaran jasa pelayanan, pembelian barang habis pakai dan kebutuhan operasional lainnya melalui RKA-DPA RSUD;
 - e. bahwa sesuai ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, menyebutkan besaran jasa pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan/rujukan dibayarkan atas biaya pelayanan kesehatan yang telah dilakukan berdasarkan usulan Direktur Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Kepala Daerah;
 - f. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, huruf d dan huruf e, maka perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Pemanfaatan atas Penerimaan Dana Klaim Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah (Kelas C) Kota Bitung;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1990 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Bitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1990 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3421);
 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 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 4. 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 beberapa kali 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);
 5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 6. 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);
 7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 9. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
 10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2011 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 694);
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 1029).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PEMANFAATAN ATAS PENERIMAAN DANA KLAIM PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (KELAS C) KOTA BITUNG

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Bitung.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Bitung.
4. Rumah Sakit Umum Daerah (Kelas C), yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah (Kelas C) Kota Bitung.
5. Direktur adalah Direktur RSUD (Kelas C) Kota Bitung.
6. Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah bayaran atas jasa khusus disediakan dan/atau diberikan oleh Pemerintah Pusat untuk kepentingan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
7. Jasa adalah kegiatan Pemerintahan Daerah berupa usaha dan pelayanan yang menyebabkan barang, fasilitas atau kemanfaatan lainnya yang dapat dinikmati oleh orang pribadi atau badan.
8. Jasa Pelayanan adalah jasa yang disediakan atau diberikan oleh Pemerintah Pusat untuk tujuan kepentingan dan kemanfaatan Pelayanan kesehatan masyarakat miskin serta dapat dinikmati oleh orang pribadi atau Badan.
9. Jasa Sarana adalah jasa yang disediakan atau diberikan oleh Pemerintah Pusat untuk tujuan kepentingan dan kemanfaatan kebutuhan dalam menunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin.
10. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
11. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga medis dan/atau tenaga keperawatan dan/atau tenaga lainnya pada RSUD yang ditujukan kepada seseorang dalam rangka observasi, pengobatan, perawatan, pemulihan kesehatan dan rehabilitasi serta akibat-akibatnya.
12. Pengajuan klaim adalah suatu rangkaian kegiatan mulai dari penghimpunan data objek dan subjek klaim, penentuan besarnya klaim yang terutang sampai kegiatan penagihan klaim, serta pengawasan penyeterannya.
13. *INA-CBG's* adalah *Indonesia Case Base Group's* adalah seperangkat *software* untuk membuat pengajuan klaim Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Tipe (C).
14. *ICD-10* dan *ICD-9* adalah *indeks code diagnosa* merupakan buku manual yang menjadi acuan untuk membuat *code diagnosa* suatu penyakit.
15. Verifikator independen adalah petugas yang diangkat oleh Kementerian Kesehatan yang bertugas untuk melakukan verifikasi setiap klaim yang diajukan oleh rumah sakit.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud dan tujuan dari Peraturan Walikota ini meliputi :

- a. sebagai penjabaran atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
- b. memberikan acuan bagi pihak RSUD dan pihak terkait mengenai tata cara klaim jaminan bagi peserta JAMKESMAS dan pemanfaatan atas penerimaan dana klaim pelayanan JAMKESMAS.

BAB III TATA CARA PELAKSANAAN KLAIM JAMINAN

Pasal 3

- (1) Klaim diajukan berdasarkan *software INA-CBGs (Indonesia Case Base Group's)*.
- (2) Petugas pelayanan dan perawatan mengisi data pelayanan di tempat pelayanan masing-masing.
- (3) Petugas rekam medik mencatat dan menyimpan data status pasien.
- (4) Petugas unit pengelola jamkesmas bagian rekam medik melakukan *coding diagnose* pelayanan menurut *ICD-10* dan *ICD-9 CM*.
- (5) Unit Pengelola Jamkesmas bagian Klaim Rumah Sakit menerima entri data dengan *software INA-CBGs*, memverifikasi dan mengirimkan pada verifikator independen.
- (6) Verifikator Independen menerima data yang terkemas dalam sebuah *file*.
- (7) Verifikator Independen memberikan nilai dan kelengkapan serta mengecek kemudian meneruskan data pada pengelola pusat.

BAB IV ALOKASI PEMANFAATAN PENERIMAAN DANA JAMKESMAS

Pasal 4

- (1) Pemanfaatan atas penerimaan klaim pelayanan dana jamkesmas diutamakan untuk mendanai kegiatan yang berkaitan langsung dengan penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di RSUD baik jasa pelayanan maupun jasa sarana.
- (2) Alokasi pemanfaatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Bitung melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran RSUD.

Pasal 5

Pembayaran atas jasa pelayanan dilakukan setiap bulan atau paling lama setiap 3 (tiga) bulan sekali.

Pasal 6

- (1) Pemanfaatan atas penerimaan dana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) diperhitungkan atas dasar prosentase dari total jasa yang timbul.
- (2) Rincian prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai berikut :

a. Jasa Pelayanan sebesar 46% dari total jasa dibagi menjadi :

1. sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari total jasa kemudian di konversi jadi 100% dimanfaatkan untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan, tindakan medis, perawatan, konsultasi, *visite* dan/atau pelayanan medis lainnya dengan rincian sebagai berikut :

a) Pemeriksaan/perawatan, terdiri dari :

- 1) Pelaksana (operator) sebesar 65% (enam puluh lima persen), dalam hal pemeriksaan/perawatan dilaksanakan oleh dokter spesialis dan dokter umum sebagai pengganti dokter spesialis, maka pembagiannya yaitu dokter spesialis sebesar 40% (empat puluh persen) dan dokter umum sebagai pengganti dokter spesialis 25% (dua puluh lima persen).
- 2) Pendamping operator sebesar 25% (dua puluh lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur;
- 3) Staf rekam medik, petugas apotik, gizi sebesar 5% (lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur; dan
- 4) Pendamping non medis sebesar 5% (lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur.

b) Tindakan bedah dengan pembiusan, terdiri dari :

- 1) pemberi pelayanan sebesar 70% (tujuh puluh persen);
- 2) pendamping operator sebesar 25% (dua puluh lima persen); dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur; dan
- 3) Pendamping non medis 5 (lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur;

c) Laboratorium/radiologi, terdiri dari :

- 1) pelaksana (operator) sebesar 50% (lima puluh persen);
- 2) dokter pengirim/pembaca sebesar 15% (lima belas persen);
- 3) pendamping operator sebesar 25% (dua puluh lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur;
- 4) Staf rekam medik, petugas apotik, gizi sebesar 5% (lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur; dan
- 5) pendamping non medis sebesar 5% (lima persen) dengan rincian lebih lanjut ditetapkan oleh Direktur.

2. sebesar 10% (sepuluh persen) dari total jasa kemudian di konversi menjadi 100% (seratus persen) dimanfaatkan untuk pelaksana administrasi pelayanan, dengan rincian sebagai berikut :
 - a. direktur sebagai penanggung jawab sebesar 24% (dua puluh empat persen);
 - b. ketua tim sebesar 6% (enam persen);
 - c. sekretaris sebesar 3% (tiga persen);
 - d. bendahara pembantu jamkesmas sebesar 3% (tiga persen);
 - e. pengelola jasa layanan sebesar 10% (sepuluh persen);
 - f. pengelola jasa sarana sebesar 6% (enam persen);
 - g. *verifikator internal+coder* sebesar 10% (sepuluh persen);
 - h. staf pengelola sebesar 3% (tiga persen);
 - i. bendahara pengeluaran sebesar 5% (lima persen);
 - j. kepala bagian dan bidang (4 orang) sebesar 10% (sepuluh persen);
 - k. kepala seksi (9 orang) sebesar 15% (lima belas persen); dan
 - l. kebersamaan sebesar 5% (lima persen).

- b. Jasa Sarana sebesar 54% (lima puluh empat persen) dari total jasa, dimanfaatkan untuk :
 1. pemenuhan kebutuhan medis habis pakai;
 2. pemeliharaan sarana;
 3. obat-obatan;
 4. darah;
 5. dana operasional;
 6. administrasi pendukung;
 7. belanja investasi; dan/atau
 8. biaya jasa atas pelayanan dokter *anasthesi* dari luar RSUD sebesar Rp.1.500.000 (satu juta lima ratus ribu rupiah) per kasus operasi.

BAB V PENENTUAN PEMBAYARAN DANA JAMKESMAS

Pasal 7

- (1) Klaim dana pelayanan Jamkesmas yang terutang dapat dicairkan dari Rekening JAMKESMAS RSUD bila telah ditandatangani oleh Direktur dan verifikator independen.
- (2) Dana yang telah sah dicairkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dapat digunakan secara langsung.
- (3) Dana sebagaimana pada ayat (2) di setor ke Kas Daerah dan mekanisme pelaksanaannya berdasarkan mekanisme Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
- (4) Penentuan pembayaran pelayanan kesehatan Jamkesmas yang dianggap sah untuk dijadikan sebagai bukti ketetapan adalah dengan menggunakan *software INA CBG's*.

BAB VI
TATA CARA PEMERIKSAAN PEMANFAATAN DANA JAMKESMAS

Pasal 8

Pemeriksaan atas pemanfaatan dana hasil klaim pelayanan JAMKESMAS dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Walikota ini mulai berlaku 1 Januari 2013.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bitung.

Ditetapkan di Bitung
Pada tanggal 18 April 2013

WALIKOTA BITUNG,

ttd

Diundangkan di Bitung
Pada tanggal 18 April 2013
SEKRETARIS DAERAH KOTA,

HANNY SONDAKH

Ttd

Drs. EDISON HUMIANG, M.Si
PEMBINA UTAMA MADYA
NIP.19610804 198603 1 016

BERITA DAERAH KOTA BITUNG TAHUN 2013 NOMOR 70