



SALINAN

GUBERNUR SULAWESI BARAT

**PERATURAN GUBERNUR SULAWESI BARAT
NOMOR 13 TAHUN 2014**

TENTANG

**PENETAPAN PENGGUNAAN DANA PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PROVINSI SULAWESI BARAT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR SULAWESI BARAT,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, akuntabilitas, efektifitas dan efisiensi pengelolaan keuangan, perlu menetapkan Pengelolaan Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Penetapan Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2004 tentang Pembentukan Provinsi Sulawesi Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4422);
5. 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);
6. 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 3637);
7. 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);
 8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 10. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140);
 12. Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pemberian dan Pemanfaatan Insentif Pemungutan Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 119, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5161);
 13. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
 14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013, tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
 16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 32);
 17. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 4 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Provinsi Sulawesi Barat (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2009 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 37) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 8 Tahun 2012 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 4 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan

Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Provinsi Sulawesi Barat (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2009 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 65);

18. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 8 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2010 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 54).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR TENTANG PENETAPAN PENGGUNAAN DANA PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI SULAWESI BARAT.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Provinsi adalah Provinsi Sulawesi Barat.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Sulawesi Barat.
3. Gubernur adalah Gubernur Sulawesi Barat.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD Provinsi adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat.
5. Direktur Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat Direktur RSUD Provinsi adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat.
6. 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.
7. Klaim Pelayanan Kesehatan adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit.
8. Tarif adalah biaya yang harus dibayarkan dan pengklaiman pelayanan kesehatan dilakukan dengan sistem INA-CBGs.
9. Indonesia INA-CBGS adalah besaran pembayaran tarif klaim Jaminan Kesehatan Nasional kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.
10. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
11. Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat atau *emergency* adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
12. Pelayanan Penunjang Non Medis adalah pelayanan yang diberikan Rumah Sakit yang secara tidak langsung berkaitan dengan pelayanan medik.

13. Pelayanan Penunjang Diagnostik Adalah pelayanan yang dilaksanakan untuk menunjang penegakan diagnosis dan terapi.
14. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis pengobatan, rehabilitasi medis, tindakan medis dan atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap.
15. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan rehabilitasi medis, tindakan medis dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
16. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medis dan pelayanan pendukung lainnya.
17. Jasa Sarana adalah imbalan yang diterima oleh Rumah Sakit atas pemakaian sarana, akomodasi, fasilitas rumah sakit, bahan kimia dan alat kesehatan pakai habis yang digunakan langsung dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi.
18. Pengobatan adalah pemakaian dan pemberian obat-obatan/bahan-bahan lain kepada seseorang yang dilakukan oleh dokter ahli, dokter umum, dokter gigi, apoteker, bidan dan para medis di RSUD Provinsi yang ditunjuk merawat dengan maksud untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi/menghilangkan gejala-gejala penyakit.
19. Konsultasi medis adalah permohonan pemeriksaan spesialis dan pengobatan yang dilakukan oleh dokter kepada dokter lainnya untuk kepentingan usaha penyembuhan.
20. Visite Dokter adalah kunjungan dan/atau pengawasan dokter kepada penderita yang dirawat.
21. Rawat Intensif adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang memerlukan pengawasan dan tindakan secara terus menerus selama 24 jam.
22. Bahan dan Alat adalah obat, bahan kimia, alat kesehatan, bahan radiologi dan bahan lainnya untuk digunakan langsung dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, rehabilitasi medis dan atau pelayanan kesehatan lainnya.
23. Akomodasi adalah penggunaan fasilitas rawat inap termasuk pelayanan instalasi gizi di rumah sakit.
24. Cito adalah tindakan pelayanan kesehatan yang harus segera dilaksanakan dan atau tidak terencana atas dasar indikasi medis.
25. Perawatan Jenazah adalah kegiatan yang meliputi perawatan jenazah, konservasi, bedah mayat yang dilakukan oleh Rumah Sakit untuk kepentingan kesehatan dan pemakaman serta untuk kepentingan proses peradilan.
26. Badan Penyelenggara Jaminan kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan kesehata penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan.

BAB II TATA LAKSANA PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu Peserta

Pasal 2

- (1) Peserta jaminan kesehatan terdiri dari:

- a. peserta PBI Jaminan Kesehatan
 - b. peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan
- (2) Peserta PBI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- (3) Peserta bukan PBI jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
- a. pekerja penerima upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
 - b. pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
 - c. bukan pekerja dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya.

Bagian Kedua Bentuk Pelayanan

Pasal 3

- (1) Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang meliputi:
- a. pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan;
 - b. pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan;
 - c. pelayanan operatif;
 - d. pelayanan persalinan;
 - e. pelayanan obat/ bahan habis pakai /alat habis pakai;
 - f. pelayanan gawat darurat (*Emergency*);
 - g. pelayanan ambulans;
 - h. pemulasaran jenazah.
- (2) Pelayanan kesehatan dalam program ini merupakan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan
- (3) Pelayanan rawat inap tingkat lanjutan akomodasi diberikan pada ruangan rawat inap meliputi: Kelas I, Kelas II dan Kelas III, klaim biaya pelayanannya dilakukan berdasarkan kelas.
- (4) Khusus peserta Penerima bantuan iuran dari pemerintah baik pusat atau daerah hanya diberikan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan diruangan kelas III, apabila tidak tersedia tempat tidur kelas III atau penuh maka perawatan dilakukan di kelas yang lebih tinggi maksimal 3 hari, dan apabila lebih dari 3 hari tempat tidur kelas III masih penuh maka harus di pindahkan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang lain.

Bagian Kedua Prosedur Pelayanan

Pasal 4

- (1) Peserta Jaminan Kesehatan yang mendapat pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan adalah rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat satu yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan jaringannya secara berjenjang dengan membawa kartu BPJS Kesehatan atau

identitas kepesertaan lainnya dan surat rujukan yang ditujukan sejak awal, sedangkan pada kasus gawat darurat tidak memerlukan surat rujukan.

- (2) Kartu peserta Jaminan Kesehatan dan surat rujukan dibawa ke BPJS Kesehatan rumah sakit untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapan selanjutnya dikeluarkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) oleh petugas BPJS Kesehatan.
- (3) Rujukan pasien rumah sakit termasuk rujukan rumah sakit antar daerah dilengkapi surat rujukan dari rumah sakit asal pasien, dengan membawa identitas kepesertaan untuk mendapatkan SEP oleh petugas BPJS Kesehatan.
- (4) Pasien yang masuk instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat hanya diklaim menggunakan klaim satu kode INA-CBGs, dengan jenis pelayanan rawat inap.

Bagian Ketiga Manfaat

Pasal 5

- (1) Manfaat yang disediakan bagi peserta bersifat komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.
- (2) Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
 - a. rawat jalan tingkat lanjutan di rumah sakit yang meliputi:
 1. administrasi pelayanan;
 2. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis atau subspecialis;
 3. tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 4. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 5. pelayanan alat kesehatan implant;
 6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. rehabilitasi medis;
 8. pelayanan darah;
 9. pelayanan kedokteran forensik;
 10. pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
 - b. rawat inap tingkat lanjutan dilaksanakan pada ruang perawatan rumah sakit yang meliputi :
 1. akomodasi yang meliputi:
 - a) perawatan inap non intensif;
 - b) perawatan inap intensif;
 2. administrasi pelayanan yang meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan SEP termasuk pembuatan kartu pasien;
 3. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 4. tindakan medis spesialis sesuai dengan indikasi medis;
 5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. pelayanan alat kesehatan;
 7. pelayanan penunjang diagnostik;
 8. rehabilitasi medik;

9. pelayanan darah;
 10. pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi visum et repertum pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal.
- c. pelayanan yang tidak di jamin antara lain :
1. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui Prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
 2. pelayanan kesehatan yang dilakukan difasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS;
 3. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
 4. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 5. pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik;
 6. pelayanan untuk mengatasi infertilitas (memperoleh keturunan);
 7. pelayanan meratakan gigi (ortodonti);
 8. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 9. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibatmelakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 10. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment/HTA*);
 11. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
 12. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
 13. perbekalan kesehatan rumah tangga;
 14. pelayanan kesehatan yang sudah dijamin dalam program kecelakaan lalu lintas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 15. pelayanan kesehatan akibat bencana, kejadian luar biasa/wabah;
 16. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan;
 17. 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).
- d. pelayanan ambulance dan alat kesehatan tidak satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's), Akan tetapi diklaim terpisah.

Bagian Keempat Tarif Pelayanan Jaminan Kesehatan

Pasal 6

- (1) Pembayaran biaya Program Jaminan Kesehatan, dilakukan dengan sistem klaim yang dibayarkan menggunakan Tarif Paket INA CBGs sesuai ketentuan yang telah ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Ruang lingkup tarif pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup:
 - a. jasa pelayanan;
 - b. jasa sarana.

Bagian Kelima
Pengelola Jaminan Kesehatan

Pasal 7

- (1) Pengelolaan secara teknis program Jaminan Kesehatan pada tingkat pelayanan lanjutan rumah sakit dilakukan Pusat Pengelola Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS).
- (2) Struktur PPATRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. penanggung Jawab;
 - b. ketua;
 - c. bendahara;
 - d. koordinator data dan pelaporan;
 - e. koder INA CBGs & pengajuan klaim;
 - f. koder penyakit dan tindakan pada rawat jalan dan rawat inap;
 - g. petugas administrasi/klaim pelayanan;
 - h. petugas penerbit SEP;
- (3) Tugas PPATRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu :
 - a. mengoordinasikan secara teknis pelaksanaan program Jaminan Kesehatan di rumah sakit umum;
 - b. melaksanakan penerbitan SEP, koding, pencatatan, pelaporan, keuangan dan klaim terhadap kegiatan program Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit;
 - c. melaksanakan pembagian jasa pelayanan terhadap kegiatan program Jaminan Kesehatan di RSUD Provinsi.

BAB IV
TATA LAKSANA PENDANAAN DAN MEKANISME

Bagian Kesatu
Sumber Dana

Pasal 7

Sumber dana berasal dari hasil klaim atau kunjungan peserta Jaminan Kesehatan yang telah diverifikasi oleh BPJS Kesehatan.

Bagian Kedua
Mekanisme Penerimaan dan Penggunaan Klaim Pelayanan Kesehatan

Pasal 8

- (1) Mekanisme penerimaan klaim pelayanan kesehatan meliputi:
 - a. rumah sakit dalam hal ini PPATRS melakukan pengkodean diagnosa dari berkas klaim yang telah disetor dari ruangan pelayanan kesehatan kemudian membuat tagihan klaim atas biaya pelayanan kesehatan dengan menggunakan Software INA-CBGs;
 - b. setelah itu diajukan pada verifikator BPJS Kesehatan tagihan klaim atas biaya pelayanan kesehatan kemudian hasil verifikasi dinyatakan layak bayar selanjutnya laporan pertanggungjawaban klaim tersebut ditandatangani antara direktur rumah sakit dengan BPJS Kesehatan;
 - c. pelaporan pertanggungjawaban dana disertai hasil kinerja atas pelayanan kesehatan rumah sakit meliputi rekapitulasi klaim yang berisi jumlah klaim, klaim rawat jalan, dan klaim rawat inap;

- d. pencairan klaim setelah hasil verifikasi BPJS Kesehatan kemudian dikirim ke rekening rumah sakit selambat-lambatnya 15 hari kerja setelah laporan dikirimkan;
- e. penerimaan dana pelayanan kesehatan atas program jaminan kesehatan berdasarkan klaim yang diajukan pada BPJS;
- f. dana hasil klaim rumah sakit dari BPJS Kesehatan disetor langsung secara bruto ke kas daerah dalam waktu 1 (satu) kali 24 jam pada hari kerja sebagai pendapatan asli daerah;
- g. pelaksanaan hasil klaim verifikasi BPJS Kesehatan dilaporkan setiap bulan kepada Gubernur melalui dinas pendapatan daerah.

(2) Mekanisme penggunaan klaim pelayanan kesehatan meliputi:

- a. penggunaan atas hasil klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f yang telah disetor ke Kas Daerah, dapat digunakan dimana pembagian dengan ketentuan masing-masing sebagai berikut:
 1. biaya jasa pelayanan sebanyak 70% (tujuh puluh persen) atas biaya pelayanan kesehatan secara komprehensif yang dilakukan terdiri dari jasa pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, jasa non medis, dan administrasi lainnya.
 2. biaya jasa sarana rumah sakit yaitu 30 % (tiga puluh persen) atas biaya pelayanan kesehatan secara komprehensif yang dilakukan terdiri dari: pemakaian obat, bahan dan alat habis pakai dan akomodasi rumah sakit
- b. Pemanfaatan klaim pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f yang telah disetor ke Kas Daerah dimana jasa pelayanan dimintakan kembali oleh rumah sakit untuk dikelola dan dimanfaatkan sedangkan jasa sarana tidak dikembalikan yang merupakan menjadi pendapatan tetap daerah sesuai dengan Peraturan yang berlaku.
- c. jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b pengajuannya dengan melalui surat perintah membayar pada lintas sektor terkait.
- d. pembagian jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c diatur secara teknis dengan keputusan direktur rumah sakit.

Bagian Ketiga

Sumber dan Mekanisme Penganggaran Penggunaan Klaim Pelayanan Kesehatan

Pasal 9

- (1) Anggaran penggunaan klaim pelayanan kesehatan dituangkan pada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Provinsi Sulawesi Barat.
- (2) Belanja pengeluaran atas penggunaan klaim pelayanan kesehatan ditempatkan pada pos Belanja Langsung.
- (3) Belanja Langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tertuang dalam program kegiatan tersendiri.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 10

Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan Jaminan kesehatan agar pelaksanaan jaminan kesehatan berjalan secara efektif dan efisien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI
KETENTUAN TAMBAHAN

Pasal 11

Pengelolaan dan pertanggungjawaban dana jaminan kesehatan dilakukan sesuai peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Khusus penyetoran penerimaan klaim pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf f mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014.
- (2) Dalam hal APBD terlambat disahkan, pencairan dana pelayanan Jaminan Kesehatan dapat dilakukan melalui SPM UP dan SPM TU.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sulawesi Barat.

Ditetapkan di Mamuju
pada tanggal, 1 April 2014
GUBERNUR SULAWESI BARAT,

ttd

H. ANWAR ADNAN SALEH

Diundangkan di Mamuju
pada tanggal, 1 April 2014

SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI SULAWESI BARAT,

ttd

H. ISMAIL ZAINUDDIN

BERITA DAERAH PROVINSI SULAWESI BARAT TAHUN 2014 NOMOR 13

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,



Drs. DOMINGGUS S, SH, MM
Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP. : 19610115 198703 1 011