



BUPATI KOLAKA
PROVINSI SULAWESI TENGGARA

PERATURAN BUPATI KOLAKA
NOMOR 14 TAHUN 2016

TENTANG

PENYELENGGARAAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAN
NON JAMINAN KESEHATAN DI KABUPATEN KOLAKA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KOLAKA,

- Menimbang :
- a. bahwa setiap orang berhak atas jaminan kesehatan untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan untuk meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur, maka perlu adanya tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan masyarakat;
 - b. bahwa sistem penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Kabupaten Kolaka mulai tahun 2016 mengalami perubahan yaitu dari yang diperuntukkan bagi seluruh penduduk menjadi hanya diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu belum terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dijamin oleh Jakmesda;
 - c. bahwa masyarakat miskin dan tidak mampu yang dijamin oleh Jamkesda akan diintegrasikan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan;
 - d. bahwa masyarakat mampu dan tidak miskin yang non jaminan kesehatan tidak lagi dijamin pembiayaannya oleh pemerintah Daerah
 - e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, c dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Kolaka;

- Mengingat :
1. Undang -Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang pembentukan daerah-daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74,. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
 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 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 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 91 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
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 5063);
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerjasama Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 112, Tambahan Lembaran negara Republik Indonesia Nomor 4761);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2013 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
12. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
14. Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2009 tentang Urusan Pemerintah yang menjadi Kewenangan Daerah Kabupaten Kolaka;
15. Peraturan Bupati Kolaka Nomor 4 Tahun 2012 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAN NON JAMINAN KESEHATAN DI KABUPATEN KOLAKA.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Kolaka
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Kolaka.
3. Bupati adalah Bupati Kolaka.
4. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Kolaka.
5. Jaminan Kesehatan adalah suatu sistem untuk memberikan perlindungan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat dengan prinsip kendali mutu dan biaya.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan
7. Peserta BPJS yang selanjutnya disebut peserta adalah PNS, TNI/POLRI, peserta jamkesmas (Penerima Bantuan Iuran), Jamsostek, masyarakat peserta mandiri dan masyarakat miskin Jamkesda integrasi;
8. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah program jaminan kesehatan masyarakat Daerah bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kolaka diluar kuota masyarakat miskin Penerima Bantuan Iuran (PBI);
9. Masyarakat miskin dan tidak mampu adalah masyarakat yang kurang/tidak mampu dari sisi sosial dan ekonomi yang secara administratif merupakan warga Kabupaten Kolaka dan memenuhi kriteria miskin sesuai yang ditetapkan Dinas Sosial Kabupaten Kolaka;
10. Jamkesda Integrasi adalah bentuk kerja sama Pemerintah Daerah Kabupaten Kolaka dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk mengintegrasikan masyarakat miskin peserta Jamkesda menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
11. Peserta Jamkesda Integrasi adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang sudah terdaftar sebagai peserta JKN yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Kabupaten Kolaka;
12. Masyarakat Non Jaminan Kesehatan adalah masyarakat mampu dan tidak miskin yang belum ikut dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
13. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut PPK adalah fasilitas pelayanan kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) dan jaringannya serta Rumah Sakit Benyamin Guluh atau Rumah Sakit swasta yang mempunyai kerja sama dengan Pemerintah Kabupaten Kolaka
14. Pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dalam dan luar gedung, pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama (RITP) dan paket pertolongan persalinan
15. Pelayanan kesehatan bersifat komprehensif adalah pelayanan kesehatan yang terdiri atas pelayanatann Promotif (Peningkatan Pengetahuan), Preventif (Pencegahan), Kuratif (Pengobatan) dan Rehabilitatif (Pemulihan) di pelayanan dasar primer.

16. Paradigma sehat adalah upaya-upaya kesehatan bersifat promotif dan preventif yang merupakan implementasi dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

BAB II ASAS, TUJUAN DAN PRINSIP PENYELENGGARAAN

Pasal 2

Jaminan Kesehatan di Kabupaten Kolaka diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, asas keadilan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Kolaka;

Pasal 3

Tujuan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Kolaka adalah untuk:

- a. Melindungi kesehatan masyarakat Kabupaten Kolaka;
- b. Mengimplementasikan & mengembangkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional;
- c. Mewujudkan sistem pembiayaan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat;
- d. Menjamin keterjangkauan masyarakat dengan mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu;
- e. Memberdayakan masyarakat Kabupaten Kolaka dalam hal pelayanan kesehatan.

Pasal 4

Jaminan Kesehatan di Kabupaten Kolaka diselenggarakan dengan prinsip-prinsip :

- a. Kegotongroyongan;
- b. Nirlaba;
- c. Keterbukaan;
- d. Kehati-hatian;
- e. Akuntabilitas;
- f. Portabilitas;
- g. Dana amanat;
- h. Kepesertaan bersifat wajib;

BAB III SASARAN, HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA

Bagian Kesatu Sasaran

Pasal 5

Sasaran program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Kolaka terdiri atas :

- a. Setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Kabupaten Kolaka, yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah;
- b. Masyarakat Miskin Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non PBI termasuk masyarakat peserta mandiri;
- c. Peserta Jaminan Kesehatan Daerah adalah masyarakat miskin yang sudah ditetapkan oleh Dinas Sosial yang diintegrasikan ke JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kolaka;

- d. Updating data kepesertaan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) integrasi dan peserta PBI dilakukan oleh Dinas Sosial Kabupaten Kolaka secara berkala setiap tahun;

Pasal 6

- a. Sasaran Non Jaminan Kesehatan (Non JKN) adalah masyarakat Kabupaten Kolaka yang mampu dan tidak miskin serta masyarakat pendatang yang bukan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS
- b. Bagi masyarakat Kabupaten Kolaka yang mampu dan tidak masuk dalam kategori miskin dan masyarakat pendatang yang bukan peserta JKN (non JKN BPJS) apabila berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan sudah dikenakan biaya pelayanan kesehatan;
- c. Adapun besaran biaya pelayanan kesehatan dan pemanfaatannya mengacu pada peraturan tarif pelayanan kesehatan yang berlaku

Bagian Kedua Hak dan Kewajiban

Pasal 7

Peserta Jaminan Kesehatan Kabupaten Kolaka berhak untuk :

- a. Memperoleh identitas kepesertaan;
- b. Mendapatkan pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif sesuai standar yang telah ditetapkan;
- c. Mengajukan keluhan dan memperoleh penyelesaian atas keluhan yang diajukan baik menyangkut pelayanan, kepesertaan maupun pembiayaan dalam pelayanan kesehatan.
- d. Bagi masyarakat Non Jaminan Kesehatan apabila berobat ke FKTP berhak memperoleh nomor registrasi pengobatan dan mendapatkan pelayanan sesuai dengan point b dan c,

Pasal 8

Peserta Jaminan Kesehatan dan Non JKN Kabupaten Kolaka mempunyai kewajiban :

- a. Memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Lanjutan yang telah ditunjuk/ bekerjasama;
- b. Mengikuti prosedur pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

BAB IV

PEMBERI PELAYANAN DAN MANFAAT PELAYANAN, PENYELENGGARA, PEMBIAYAAN DAN MEKANISME ANGGARAN

Bagian Kesatu Pemberi Pelayanan

Pasal 9

Pemberi Pelayanan Kesehatan disebut PPK adalah :

- a. Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yaitu Puskesmas dan jaringannya (Pustu, Poskesdes, Polindes)
- b. Pemberi Pelayanan Kesehatan Lanjutan yaitu Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka, sampai ke Rumah Sakit Regional

Bagian Kedua
Hak dan Kewajiban PPK

Pasal 10

PPK berhak mendapatkan penggantian biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.

Pasal 11

PPK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, berkewajiban :

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif;
- b. Mematuhi mekanisme rujukan berjenjang.

Bagian Ketiga
Jenis Pelayanan

Pasal 12

Jenis Pelayanan Kesehatan dalam program JKN adalah :

- a. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP);
- b. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);
- c. Pelayanan Gawat Darurat;
- d. Pelayanan Paket Pertolongan Persalinan;
- e. Pelayanan Rujukan dan;
- f. Pelayanan Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri;
- g. Adapun rincian jenis pelayanan kesehatan mengacu pada peraturan yang berlaku.

Bagian Keempat
Jenis Pelayanan lainnya yang tidak dijamin

Pasal 13

Adapun jenis pelayanan lainnya yang tidak dijamin oleh Jaminan kesehatan adalah :

- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas kesehatan yang tidak berkerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- e. Pelayanan Kesehatan yang dilakukan diluar negeri;
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodontisi);
- i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- j. Pengobatan komplementer, alternative dan tradisional termasuk akupuntur non medis;

- k. Pengobatan dan tindakan yang sifatnya percobaan (eksperimen);
- l. Alat kontrasepsi, kosmetik makanan bayi dan susu;
- m. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- o. Pemeriksaan Kesehatan haji;
- p. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan dan pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

Bagian Kelima
Pengelolaan Jaminan Kesehatan

Pasal 14

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Kolaka adalah :

- a. BPJS Kesehatan Kabupaten Kolaka sebagai penyelenggara jaminan kesehatan bagi peserta PBI, Non PBI termasuk peserta mandiri dan Jamkesda maskin integrasi;
- b. Penunjukan Penanggung Jawab dan Bendahara Pengelola Dana JKN Tingkat Puskesmas se- Kabupaten Kolaka yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati Kolaka;
- c. Tim Advokasi Sosialisasi, Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan lingkup Dinas Kesehatan yang ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas Kabupaten Kolaka.

Pasal 15

Penanggung Jawab dan Bendahara Pengelola Dana Jaminan Kesehatan Nasional Tingkat Puskesmas serta Tim Advokasi Sosialisasi, Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan sebagaimana dimaksud pada pasal 14 poin b dan c mempunyai tanggungjawab dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Kabupaten Kolaka.

Bagian Keenam
Pembiayaan

Pasal 16

- a. Sumber pembiayaan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berasal dari APBN dan peserta mandiri yang dikelola BPJS;
- b. Sumber pembiayaan penyelenggaraan Jamkesda Maskin Integrasi berasal dari APBD Kabupaten Kolaka.
- c. Sumber pembiayaan Non JKN dari masyarakat mampu dan tidak miskin yang bukan peserta JKN

Bagian Ketujuh
Mekanisme Pengelolaan Dana

Pasal 17

Pengelolaan Dana JKN meliputi :

- a. Dana Kapitasi;
- b. Dana Non Kapitasi;

- c. Dana Kapitasi sebagaimana dimaksud point a adalah dana untuk pelayanan rawat jalan yang dibayarkan dimuka oleh BPJS kesehatan langsung ke rekening Puskesmas setiap bulannya sesuai dengan jumlah peserta JKN di wilayah kerja masing-masing;
- d. Dana Non Kapitasi sebagaimana dimaksud point b adalah dana untuk pelayanan rawat inap, paket persalinan, pra rujukan dan transport rujukan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan setelah Puskesmas memberikan pelayanan melalui rekening Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka yang selanjutnya di setor ke Kas Daerah;
- e. Pengelolaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi yang menjadi pendapatan Puskesmas sebagaimana point c dan d, selanjutnya untuk penggunaan dan pemanfaatannya mengikuti ketentuan peraturan yang berlaku.
- f. Pembayaran pelayanan kesehatan dari masyarakat Non JKN yang sudah menjadi pendapatan Puskesmas wajib disetor ke Kas Daerah.

Bagian Kedelapan

Rincian Penggunaan Dana

Pasal 18

- a. Rincian penggunaan dana Kapitasi sebagaimana dimaksud pasal 17 point c, adalah sebagai berikut :
 - 1) 80% (delapan puluh persen) sebagai jasa pelayanan
 - 2) 20% (dua puluh persen) sebagai biaya operasional pelayanan kesehatan antara lain :
 - (a) Untuk pengadaan obat, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai
 - (b) Untuk dukungan kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Rincian penggunaan dana Non Kapitasi JKN sebagaimana dimaksud pasal 17 point d, adalah sebagai berikut :
 - 1) 80% (delapan puluh persen) sebagai jasa pelayanan
 - 2) 20% (dua puluh persen) sebagai jasa sarana
 - 3) Besaran tarif rawat inap, paket persalinan, pra rujukan dan transport rujukan sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. Rincian penggunaan dana Non JKN sebagaimana dimaksud pasal 17 point f, adalah sebagai berikut :
 - 1) 80% (delapan puluh persen) sebagai jasa pelayanan
 - 2) 20% (dua puluh persen) sebagai jasa sarana
 - 3) Besaran tarif rawat inap, paket persalinan, pra rujukan dan transport rujukan sesuai ketentuan yang berlaku.
- d. Pembayaran Jasa Pelayanan untuk dana Kapitasi mengacu pada formulasi perhitungan pada lampiran II Surat Keputusan Bupati Kolaka Nomor 188.45/127/2015;
- e. Pembayaran Jasa Pelayanan untuk dana Non Kapitasi dan Non JKN mengacu pada perhitungan pada lampiran Peraturan Bupati Kolaka Nomor 4 Tahun 2012;
- f. Rincian penggunaan dana JKN dan Non JKN sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini

**BAB V
PERTANGGUNGJAWABAN**

Pasal 19

- a. Kepala Puskesmas bertanggungjawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja Dana Kapitasi dan Non Kapitasi JKN;
- b. Pertanggungjawaban dan pelaporan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi JKN mengacu pada peraturan yang berlaku.

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 20

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya diatur lebih lanjut dengan Keputusan Bupati;

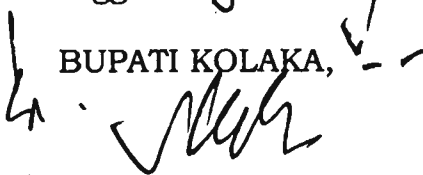
Pasal 21

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kolaka.

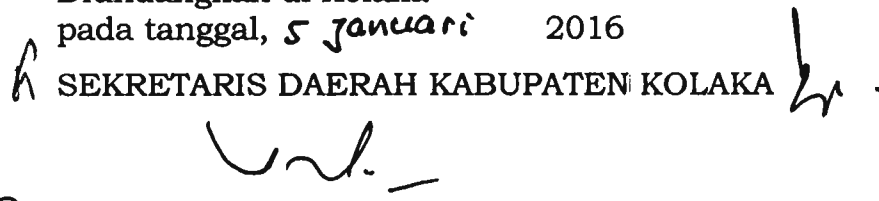
Ditetapkan di Kolaka
pada tanggal *5 Januari* 2016

BUPATI KOLAKA,


H. AHMAD SAFEI

Diundangkan di Kolaka
pada tanggal, *5 Januari* 2016

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KOLAKA


D Drs. H. POITU MURTOPO, M.Si
Pembina Utama Muda Gol. IV/c
NIP. 19640712 198503 1 023

BERITA DAERAH KABUPATEN KOLAKA TAHUN 2016 NOMOR : *14*

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI KOLAKA

NOMOR : 14 TAHUN 2016

TANGGAL : 5 JANUARI 2016

TENTANG : PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN
DI KABUPATEN KOLAKA

RINCIAN PENGGUNAAN DANA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DAN NON JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BPJS KABUPATEN KOLAKA

I. Pemanfaatan Dana

A. Dana Kapitasi

Pemanfaatan dana kapitasi sebagai berikut :

1. 80% dari dana kapitasi perbulan dibayarkan untuk jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dengan berpedoman pada formula perhitungan pembagian jasa sesuai variable -variabel yang termuat pada peraturan yang berlaku
2. 20% dari dana kapitasi perbulan dipergunakan untuk biaya dukungan operasional Puskesmas yaitu :
 - a. Untuk biaya pengadaan obat, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), dengan mempertimbangkan ketersediaan obat, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai yang telah dialokasi oleh Dinas Kesehatan dan pengadaannya dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku
 - b. Untuk biaya dukungan kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya meliputi :
 - (1) Upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Bentuk belanja adalah : biaya makan-minum, jasa profesi narasumber, foto copy bahan, service ringan alat kesehatan, perjalanan
 - (2) Kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan. Bentuk belanja adalah : biaya perjalanan dan uang harian
 - (3) Operasional Puskesmas Keliling diutamakan pada wilayah yang banyak peserta JKNnya. Bentuk belanja adalah : BBM, penggantian oli, suku cadang kendaraan Puskesmas
 - (4) Bahan cetak atau alat tulis kantor yang berhubungan dengan penyelenggaraan JKN
 - (5) Administrasi keuangan dan system informasi. Bentuk belanja adalah : perjalanan, uang harian, foto copy bahan, belanja piranti keras dan piranti lunak dalam mendukung implementasi sistem informasi JKN, biaya operasional system informasi
 - (6) Penggunaan dana Kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas dilaksanakan tetap mengacu pada peraturan yang berlaku
 - (7) Penggunaan Dana Kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan bisa dilaksanakan apabila kegiatan-kegiatan tersebut belum dibiayai dari sumber anggaran lain.

B. Dana Non Kapitasi

Pemanfaatan dana non kapitasi sebagai berikut :

1. 80% dari dana non kapitasi dibayarkan untuk jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya.
2. 20% dari dana non kapitasi dipergunakan untuk jasa sarana meliputi pembelian ATK, BHP, jasa cleaning servis, biaya rujukan, serta pemeliharaan dan perbaikan ruang pelayanan.

C. Dana Non JKN BPJS

Pemanfaatan non JKN BPJS sebagai berikut :

1. 80% dari dana Non JKN BPUS dibayarkan untuk Jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas Jaringannya
2. 20% dari dana non JKN BPJS dipergunakan untuk jasa sarana meliputi pembelian ATK, BHP, jasa cleaning servis, biaya rujukan, serta pemeliharaan dan perbaikan ruang pelayanan

II. Prosedur Pencairan Dana

A. Dana Kapitasi

1. Pembayaran Dana Kapitasi dari BPJS Kesehatan langsung ditransfer ke rekening Puskesmas dan diakui sebagai pendapatan.
2. Pendapatan sebagaimana dimaksud pada point 1 digunakan langsung untuk pelayanan kesehatan peserta JKN di Puskesmas.
3. Kepala Puskesmas membuat rencana pendapatan dan belanja Dana kapitasi JKN tahun berjalan dan menyampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
4. Kepala Puskesmas bersama-sama bendahara JKN menyusun perencanaan belanja jasa dan belanja operasional setiap bulan.
5. Kepala Puskesmas menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan melampirkan Surat Pernyataan Tanggungjawab Mutlak.
6. Atas dasar laporan tersebut Kepala Dinas Kesehatan membuat Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) dan menyampaikan ke PPKD.
7. Berdasarkan SP3B tersebut PPKD selaku BUD menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) masing-masing Puskesmas.
8. Setelah masing - masing Puskesmas menerima SP2B dari PPKD selaku BUD, kemudian SP2B disampaikan kepada Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan untuk dibukukan.
9. Bendaharan Pengeluaran Dinas Kesehatan dan PPKD selaku BUD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja Puskesmas berdasarkan SP2B.
10. Setiap akhir bulan bendahara menyetor Jas giro ke Kas Daerah.
11. Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.

B. Dana Non Kapitasi

Proses pencairan dana menggunakan mekanisme APBD yaitu pendapatan yang diterima disetor ke Kas daerah dengan menggunakan STS.

1. Puskesmas melalui bendahara mengajukan Klaim kegiatan yang telah dilaksanakan dan menyetor ke BPJS untuk di verifikasi setiap bulannya.
2. Dari hasil verifikasi tersebut BPJS membayarkan Klaim dana non kapitasi Puskesmas melalui rekening Dinas Kesehatan.
3. Bendahara pembantu penerima dana Non Kapitasi JKN Dinas Kesehatan setelah menerima dana tersebut langsung menyetor ke Kas Daerah.
4. Kepala Dinas Kesehatan membuat surat penyampaian ke Puskesmas tentang pembayaran dana non kapitasi sebagaimana dimaksud point 2.

5. Puskesmas melalui Bendahara menyusun SPJ untuk pencairan dana non kapitasi dan menyampaikan Bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan untuk diteliti dan dibuatkan SPP dan SPM.
6. SPP dan SPM yang telah dibuat oleh Bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan disampaikan ke BPKAD.
7. BPKAD setelah menerima SPP dan SPM dana non kapitasi, menerbitkan SP2D (Surat Perintah Pencairan Dana).
8. SP2D cair, masuk kerekening bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan.
9. Bendahara Pengeluaran membayarkan dana non kapitasi ke bendahara JKN Puskesmas.

C. Dana non JKN BPJS

Proses pencairan dana menggunakan mekanisme APBD yaitu pendapatan yang diterima disetor ke Kas daerah dengan menggunakan STS.

1. Setiap awal bulan Bendahara Puskesmas menyetor semua biaya pelayanan kesehatan yang diterima dari pasien Non JKN BPJS ke Dinas Kesehatan melalui bendahara penerima pembantu.
2. Bendahara penerima pembantu setelah menerima dana tersebut sebagaimana dimaksud poin 1, langsung menyetor ke Kas Daerah.
3. Puskesmas melalui Bendahara menyusun SPJ untuk pencairan dana non JKN BPJS dan menyampaikan ke Bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan untuk diteliti dan dibuatkan SPP dan SPM.
4. SPP dan SPM yang telah dibuat oleh Bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan disampaikan ke BPKAD.
5. BPKAD setelah menerima SPP dan SPM dana non JKN BPJS, menerbitkan SP2D (Surat Perintah Pencairan Dana).
6. SP2D cair, masuk kerekening bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan.
7. Bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan membayarkan dana non JKN BPJS ke Bendahara Puskesmas.

BUPATI KOLAKA,

H. AHMAD SAFEI