



WALIKOTA SABANG

PROVINSI ACEH

**PERATURAN WALI KOTA SABANG
NOMOR 34 TAHUN 2021**

TENTANG

**PETUNJUK PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KOTA SABANG**

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

WALI KOTA SABANG,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka upaya memperoleh manfaat pemberdayaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat Kota Sabang perlu mengatur petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan nasional pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1965 tentang Pembentukan Kotapraja Sabang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 7 Drt Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten di Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2758);
2. 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);
3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang ...

6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
7. 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 9 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);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 226, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5746);
10. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun

2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG.

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Kota adalah Kota Sabang.
2. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Kota Sabang.
3. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang.
4. Direktur RSUD adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang.
5. Program Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah sistem jaminan kesehatan sosial untuk menata subsistem pembiayaan kesehatan.
6. Peserta JKN adalah setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan berupa jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap tingkat lanjut, termasuk warga negara asing yang bekerja paling singkat selama 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran.
7. Tagihan tarif pelayanan adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD.
8. Indonesia *Case Base Group's* yang selanjutnya disingkat INA-CBGs adalah sistem penagihan tarif pelayanan pelayanan kesehatan berbasis paket.
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan JKN.
10. Kartu peserta adalah identitas yang diberikan kepada setiap peserta dan anggota keluarganya sebagai bukti peserta yang sah dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
11. Fasilitas kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes 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.

12. Faskes ...

12. Faskes tingkat pertama adalah Faskes yang berupa Puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi dan klinik pratama.
13. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat RJTL adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik dan dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjutan sebagai rujukan pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan rehabilitasi medik, dan/atau pelayanan medis lainnya termasuk konsultasi psikologi tanpa menginap di ruang perawatan.
14. Rawat Inap Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat RITL adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan rehabilitasi medis dan atau pelayanan medis lainnya termasuk konsultasi psikologi yang dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan di tingkat lanjutan dimana peserta atau anggota keluarganya dirawat inap di ruang perawatan paling singkat 1 (satu) hari.
15. Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
16. Asosiasi Faskes adalah asosiasi Faskes yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri.
17. Formularium Nasional yang selanjutnya disebut fornasi adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri 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.
18. Tindakan medis adalah tindakan yang bersifat operatif dan non-operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan.
19. Kelas kamar perawatan adalah fasilitas rawat inap yang menjadi hak peserta sesuai syarat dan ketentuan yang berlaku.
20. Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh Faskes.
21. Pelayanan obat adalah pemberian obat sesuai kebutuhan medis bagi peserta JKN berpedoman kepada fornasi yang berlaku.
22. *Top leader management* adalah pejabat struktural rumah sakit yang terdiri dari Direktur, para Kepala Bidang, para Kepala Seksi, dan para Bendahara ditambah Tim Pengelola JKN.
23. Dokter dengan spesialisasi adalah dokter ahli yang bekerja di RSUD baik yang berstatus sebagai pegawai definitif maupun kontrak sementara.

24. Dokter umum adalah dokter umum yang bekerja di RSUD baik yang berstatus sebagai pegawai definitif, kontrak sementara, maupun dokter yang baru dilatih di rumah sakit/*internship*.
25. Paramedis adalah tenaga keperawatan dan non-keperawatan yang memberikan pelayanan langsung pada pasien yang terdiri dari perawat/bidan rawat inap, rawat jalan dan kamar operasi, petugas apotik, petugas laboratorium, petugas unit transfusi darah rumah sakit, petugas radiologi, petugas, fisioterapi, dan penata gizi.
26. Tenaga administrasi adalah paramedis penunjang yang terdiri dari staf rekam medik, petugas gudang farmasi, petugas instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit, juru masak, petugas pengantar makanan, petugas binatu, dan tenaga pelaksana administratif dan teknis yang bekerja di bawah *top leader management*.

Pasal 2

- (1) Petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan program JKN pada RSUD meliputi:
 - a. tata laksana pelayanan kesehatan pada RSUD;
 - b. manfaat;
 - c. tarif pelayanan;
 - d. mekanisme penganggaran penerimaan tagihan tarif pelayanan kesehatan;
 - e. pengajuan dan pembayaran tagihan tarif pelayanan; dan
 - f. pemanfaatan/penggunaan.
- (2) Uraian petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan program JKN pada RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 3

Pemerintah Kota dapat berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Kota Sabang.

Pasal 4

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, maka Peraturan Wali Kota Sabang Nomor 36 Tahun 2017 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Wali Kota Sabang Nomor 23 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Wali Kota Sabang Nomor 36 Tahun 2017 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 5 ...

Pasal 5

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sabang
pada tanggal 27 September 2021
WALI KOTA SABANG,

ttd

NAZARUDDIN

Diundangkan di Sabang
pada tanggal 27 September 2021
SEKRETARIS DAERAH KOTA SABANG,

ttd

ZAKARIA

BERITA DAERAH KOTA SABANG TAHUN 2021 NOMOR 34

LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA SABANG
NOMOR 34 TAHUN 2021
TENTANG
PETUNJUK PELAKSANAAN PELAYANAN
KESEHATAN PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

PETUNJUK PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KOTA SABANG

I. TATA LAKSANA PELAYANAN KESEHATAN PADA RSUD

A. Bentuk Pelayanan

1. Setiap peserta JKN mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan RJTL, RITL dan pelayanan gawat darurat pada RSUD.
2. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh/komprehensif berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
3. Pelayanan kesehatan JKN merupakan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.

B. Prosedur Pelayanan

1. Peserta JKN yang mendapat pelayanan kesehatan RJTL dan RITL dirujuk dari Faskes tingkat dasar ke RSUD dengan membawa kartu peserta dan surat rujukan, sedangkan pada kasus gawat darurat tidak memerlukan surat rujukan.
2. Kartu peserta dibawa ke pusat pelayanan administrasi terpadu RSUD untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapan, selanjutnya dikeluarkan Surat *Eligibility*/memenuhi syarat peserta oleh RSUD dan divalidasi oleh BPJS.
3. Bayi dan anak yang baru lahir dari pasangan peserta JKN secara otomatis menjadi peserta dengan merujuk pada kartu peserta orang tuanya dan melampirkan surat keterangan kelahiran dan kartu keluarga.
4. Rujukan pasien RSUD termasuk rujukan RSUD antar daerah dilengkapi surat rujukan dari RSU asal pasien, dengan membawa identitas kepesertaan untuk dikeluarkan surat keabsahan peserta oleh petugas BPJS.
5. Pasien yang masuk instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya ditagih tarif pelayanan menggunakan satu kode INA-CBGs dengan jenis pelayanan rawat inap.

C. Klasifikasi Perawatan

1. Kelas kamar perawatan

Dalam hal peserta harus menjalani RITL, maka peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan pada kelas kamar perawatan yang ditentukan sebagai berikut:

- a. ruang perawatan kelas III bagi:

1) peserta ...

- 1) peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan; dan
 - 2) peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
- b. ruang perawatan kelas II bagi:
- 1) Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II beserta anggota keluarganya;
 - 2) anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II dan penerima pensiun anggota TNI yang setara pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II beserta anggota keluarganya;
 - 3) anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II dan penerima pensiun anggota Polri yang setara dengan pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II beserta anggota keluarganya;
 - 4) pegawai pemerintah non-pegawai negeri yang setara dengan Pegawai Negeri Sipil golongan I dan golongan II beserta anggota keluarganya;
 - 5) peserta pekerja penerima upah bulanan sampai dengan 1,5 (satu setengah) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya dan peserta bekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
- c. ruang perawatan kelas I bagi:
- 1) pejabat negara dan anggota keluarganya;
 - 2) Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya;
 - 3) anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV serta penerima pensiun anggota TNI yang setara pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya;
 - 4) anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV serta penerima pensiun anggota Polri yang setara pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya;
 - 5) pegawai pemerintah non-pegawai negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya;
 - 6) veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 - 7) peserta pekerja penerima upah bulanan lebih dari 1,5 (satu koma lima) kali sampai 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak beserta anggota keluarganya; dan
 - 8) pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

2. Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan kelas kamar perawatan dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar sendiri selisih antara biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan dengan biaya yang dijamin oleh BPJS kesehatan;
3. RSUD wajib memberitahukan kepada peserta konsekuensi yang timbul dari hal berkehendak mengambil kelas/kamar perawatan diatas haknya dan meminta peserta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia membayar selisih biaya yang timbul.
4. Untuk peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan tidak diperkenankan memilih kelas yang lebih tinggi dari haknya.

II. MANFAAT

Manfaat yang disediakan bagi peserta bersifat komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut antara lain:

- A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, meliputi:
 1. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik penyuluhan kesehatan oleh dokter/dokter gigi;
 2. Rehabilitasi medik;
 3. Penunjang diagnostik, laboratorium, radiologi dan elektromedik;
 4. Tindakan medis;
 5. Operasi kecil;
 6. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 7. Pelayanan keluarga berencana, termasuk kontrasepsi mantap efektif, kontrasepsi mantap pascapersalinan/keguguran;
 8. Pemberian obat mengacu pada farmas;
 9. Pelayanan darah; dan
 10. Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
- B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan, meliputi:
 1. Akomodasi rawat inap;
 2. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan pelayanan kesehatan;
 3. Penunjang diagnostik, patologi klinik, patologi anatomi, laboratorium mikro, radiologi dan elektromedik;
 4. Tindakan medis;
 5. Operasi sedang, operasi besar dan operasi khusus;
 6. Pelayanan rehabilitasi medis;
 7. Pemberian obat-obatan;
 8. Pelayanan darah;
 9. Bahan dan alat kesehatan bahan habis pakai/bhp; dan
 10. Pelayanan obstetri neonatal *emergency* komprehensif/PONEK.
- C. Pelayanan Persalinan, meliputi:
 1. Tindakan persalinan dengan penyulit pervaginaan sesuai indikasi medis;
 2. Tindakan persalinan dengan penyulit perabdominal/*sectio caesarea* sesuai indikasi medis;
 3. Pelayanan rawat inap; dan
 4. Ketentuan persalinan:

a. ante ...

- a. ante natal *care*/ANC di tingkat lanjutan pada RSUD hanya dapat dilakukan sesuai indikasi medis berdasarkan rujukan dari Faskes tingkat pertama;
 - b. persalinan normal di RSUD dalam kondisi gawat darurat berupa perdarahan, kejang pada kehamilan, ketuban pecah dini, gawat janin dan kondisi lain yang mengancam jiwa ibu dan bayinya.
- D. Pelayanan Gawat Darurat
1. Pelayanan gawat darurat dapat diberikan jika sesuai dengan indikasi medis pelayanan gawat darurat; dan
 2. Pelayanan gawat darurat mencakup:
 - a. pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis;
 - b. tindakan medis;
 - c. pemeriksaan penunjang diagnostik;
 - d. pelayanan obat dan bahan habis pakai;
 - e. administrasi pelayanan; dan
 - f. RITL, jika diperlukan.
- E. Pelayanan Obat
1. Pemberian obat untuk pelayanan RJTL dan RITL berdasarkan resep obat dari dokter/dokter gigi yang merawat, berpedoman pada fornax sesuai dengan indikasi medis dan merupakan komponen paket INA CBG's, RSUD wajib menyediakan obat-obat yang diperlukan;
 2. Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam fornax, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan Direktur RSUD, penggunaan obat diluar fornax sudah termasuk dalam pembiayaan paket INA-CBG's tidak boleh dibebankan kepada peserta JKN;
- F. Pelayanan Rujukan Parsial
1. Pemeriksaan penunjang/spesimen yang merupakan bagian dari paket INA CBG's yang dirujuk ke RSUD dapat dilakukan dengan beban biaya Faskes tingkat dasar perujuk;
 2. Faskes tingkat dasar perujuk membayar biaya tagihan pelayanan ke kasir RSUD atas pelayanan yang diberikan;
 3. BPJS membayar tarif kapitasi ke Faskes tingkat dasar perujuk.
- G. Pelayanan Ambulans
1. Pelayanan ambulans merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Faskes disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien;
 2. Pelayanan ambulans hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada Faskes yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari Faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien;
 3. Pelayanan ambulans diluar ketentuan angka 1 (satu) dan angka 2 (dua) tidak termasuk dalam jaminan, termasuk jemput pasien dari rumah, antar pasien ke rumah, rujukan parsial (antar jemput pemeriksaan penunjang/spesimen dan tindakan saja);
 4. Yang dimaksud dengan kondisi tertentu pada angka 1 (satu) adalah:
 - a. kondisi ...

- a. kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter/dokter gigi yang merawat;
 - b. kondisi dalam hal tidak tersedianya kelas kamar perawatan sesuai hak pasien peserta JKN dan pasien sudah dirawat paling singkat selama 3 (tiga) hari di kelas kamar perawatan satu tingkat di atasnya.
- H. Pelayanan Kesehatan yang tidak termasuk dalam Jaminan Kesehatan Nasional, meliputi:
1. Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan;
 2. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
 3. General *check up*;
 4. Prosthesis gigi tiruan;
 5. Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
 6. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
 7. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam, kecuali yang bersangkutan sebagai peserta JKN; dan
 8. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.
- III. TARIF PELAYANAN
- A. Tarif pelayanan kesehatan bagi peserta JKN adalah tarif yang ditetapkan sesuai pola pembayaran INA CBG's dan Asosiasi Faskes mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan;
 - B. Tarif pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf A, sudah termasuk bahan habis pakai dan tidak boleh dibebankan kepada peserta JKN;
 - C. Besarnya tarif pelayanan kesehatan ditetapkan oleh RSUD berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dan dilakukan penagihan pada tahun anggaran kecuali terdapat perubahan kebijakan lain terkait dengan tarif pelayanan kesehatan;
 - D. RSUD dilarang memungut biaya tambahan atas pelayanan kesehatan diberikan kepada peserta JKN, kecuali terdapat selisih biaya akibat perubahan kelas kamar rawatan atas permintaan pasien peserta JKN.
- IV. MEKANISME PENGANGGARAN PENERIMAAN TAGIHAN TARIF PELAYANAN KESEHATAN
- A. Penerimaan dana pelayanan kesehatan atas tagihan tarif pelayanan yang telah diverifikasi oleh BPJS ditransfer ke rekening RSUD kemudian disetor ke Kas Daerah untuk dicatat sebagai Pendapatan Asli Daerah.

B. Dana ...

- B. Dana pelayanan kesehatan JKN yang telah menjadi Pendapatan Asli Daerah dikembalikan 100% (seratus perseratus) kepada RSUD dan digunakan langsung untuk pembayaran jasa, pelayanan kesehatan dan keperluan lainnya.

V. PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN TAGIHAN TARIF PELAYANAN

A. Pengajuan tagihan tarif pelayanan

Prosedur pengajuan tagihan tarif pelayanan meliputi:

1. RSUD membuat pengajuan tagihan tarif pelayanan kesehatan dengan menggunakan *software* INA-CBG's;
2. Pengajuan tagihan tarif pelayanan tersebut akan diverifikasi oleh Verifikator BPJS dengan menggunakan *software* verifikasi tagihan tarif pelayanan JKN;
3. Setelah verifikasi dinyatakan layak oleh Verifikator BPJS selanjutnya pengajuan tagihan tarif pelayanan tersebut ditandatangani oleh Direktur RSUD dan Verifikator BPJS;
4. Pengajuan tagihan tarif pelayanan dana JKN di RSUD menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani oleh Direktur RSUD;
5. RSUD mengirim secara resmi laporan pengajuan tagihan tarif pelayanan dalam bentuk dokumen tagihan tarif pelayanan;
6. Pengajuan tagihan tarif pelayanan yang diterima oleh Tim Pengelola JKN akan dilakukan telaah dan selanjutnya diberikan umpan balik; dan
7. Pengajuan pencairan tagihan tarif pelayanan kesehatan RSUD disertai hasil kinerja atas pelayanan kesehatan RSUD meliputi kunjungan RJTL dan RITL disertai karakteristik pasien, 10 (sepuluh) penyakit terbanyak dan 10 (sepuluh) penyakit dengan biaya termahal.

B. Pembayaran tagihan tarif pelayanan

1. Prosedur pembayaran dana tagihan tarif pelayanan dari BPJS ke RSUD dilakukan setelah penandatanganan pengajuan dana tagihan tarif pelayanan oleh Direktur RSUD dan Verifikator BPJS;
2. Pembayaran tagihan tarif pelayanan di rumah sakit dibayarkan langsung dari BPJS untuk RSUD melalui bank yang ditunjuk.
3. Tagihan tarif pelayanan sebagaimana dimaksud pada angka 1 (satu) yang telah disetor ke Kas Daerah ditransfer kembali ke rekening RSUD untuk dikelola dan dimanfaatkan sesuai Peraturan ini melalui mekanisme Surat Perintah Membayar/Surat Perintah Pencairan Dana sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah.

VI. PEMANFAATAN/PENGGUNAAN

- A. Pengembalian dana pelayanan kesehatan JKN ke RSUD dapat dilakukan setiap bulannya dengan memperhatikan kemampuan keuangan daerah berdasarkan Surat Pemberitahuan Klaim/SPK dari BPJS diterima oleh RSUD;
- B. RSUD menyampaikan bukti penerimaan dan pengeluaran transaksi pelayanan JKN kepada Badan Pengelolaan Keuangan Daerah secara berkala;

C. Dana ...

- C. Dana pelayanan kesehatan yang ditransfer oleh Badan Pengelolaan Keuangan Daerah ke rekening RSUD digunakan untuk jasa medis/jasa pelayanan dan pemenuhan kebutuhan operasional RSUD berupa dana operasional, pemeliharaan, obat, kebutuhan bahan habis pakai dan administrasi pendukung lainnya;
- D. Dana pelayanan kesehatan JKN ke RSUD dapat dibayarkan untuk jasa pelayanan bagi tenaga medis, paramedis, penunjang medis, manajemen dan pelaksana manajemen baik Aparatur Sipil Negara maupun Non-Pegawai Negeri Sipil.
- E. Penetapan alokasi dan distribusi dana pelayanan kesehatan bersumber dari tagihan tarif pelayanan ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota atas usul Direktur RSUD, dipergunakan 100% (seratus perseratus) dari total klaim untuk:
1. Jasa medis/jasa pelayanan dengan besaran paling tinggi 49% (empat puluh sembilan perseratus) dari dana pelayanan kesehatan, digunakan dalam rangka observasi, diagnosis, tindakan medis, perawatan, konsultasi, *visited*, dan/atau pelayanan medis lainnya, dengan rincian:
 - a. jasa pelayanan 87% (delapan puluh tujuh perseratus).
 - dokter dengan spesialisasi, paramedis dan penunjang medis 90% (sembilan puluh perseratus) dari alokasi jasa medis atau jasa pelayanan.
 - dokter umum 2% (dua persen perseratus) dari alokasi jasa medis atau jasa pelayanan.
 - tenaga administrasi dan paramedis penunjang 8% (delapan perseratus) dari alokasi jasa medis atau jasa pelayanan.
 - b. *Top leader management*, kelompok pengelola/*severity* level 3 (tiga), pengelola aplikasi dan komite 13% (tiga belas perseratus).
 - direktur 12% (dua belas perseratus).
 - kepala bidang 15,5% (lima belas koma lima perseratus).
 - kepala seksi/kepala subbagian 33,5% (tiga puluh tiga koma lima perseratus).
 - kelompok pengelola JKN 30% (tiga puluh perseratus).
 - pengelola aplikasi dan komite 9% (sembilan perseratus).
 2. Biaya operasional dengan besaran 51% (lima puluh satu perseratus) dari dana pelayanan kesehatan digunakan untuk:
 - a. biaya obat-obatan 57% (lima puluh tujuh perseratus);
 - b. bahan habis pakai 33% (tiga puluh tiga perseratus);
 - c. alat tulis kantor, peralatan dan perlengkapan kantor 2% (dua perseratus);
 - d. biaya peningkatan pelayanan informasi dan sumber daya manusia 4% (empat perseratus); dan
 - e. biaya belanja modal 4% (empat perseratus).
- F. Penetapan alokasi dan distribusi dana yang bersumber dari denda keterlambatan pembayaran klaim JKN untuk kegiatan operasional dan perbaikan fasilitas rumah sakit.
- G. Penetapan alokasi dan distribusi dana yang bersumber dari sisa lebih pembiayaan anggaran tahun sebelumnya dianggarkan kembali

untuk ...

untuk selanjutnya dimanfaatkan untuk kebutuhan belanja pembangunan, belanja modal, belanja habis pakai dan operasional lainnya.

- H. Penetapan alokasi dan distribusi dana yang bersumber dari klaim obat kronis dimanfaatkan untuk pembelanjaan obat-obatan penyakit kronis.

WALI KOTA SABANG,

ttd

NAZARUDDIN