WALIKOTA KOTAMOBAGU

PROVINSI SULAWESI UTARA

PERATURAN WALIKOTA KOTAMOBAGU

NOMOR 26 TAHUN 2014

TENTANG

BESARAN BIAYA DAN PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA KOTAMOBAGU

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat, maka Pemerintah telah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);

b. bahwa pola tarif yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu memiliki besaran biaya dan mekanisme penggunaan yang bervariasi sesuai fasilitas dan jenis pelayanan kesehatan dan untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan, perlu menetapkan besaran biaya dan prosedur pelayanan kesehatan masyarakat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Rumah Sakit Umum Kota Kotamobagu.

c. bahwa dalam rangka mewujudkan standar besaran biaya dan prosedur Pelayanan Kesehatan Nasional (JKN) pada masyarakat pengguna program jaminan kesehatan perlu diadakan pengendalian besaran biaya agar sesuai dengan pola tarif Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c diatas perlu ditetapkan dengan Peraturan Walikota;

Mengingat:

1. Undang - undang Nomor 17 Tahun 2003 Tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan pengelolaan dan tanggung jawab keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 No66, Tambahan Lembaran Negara Republik IndonesiaNomor 4400);
4. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2008 tentang Perubahan kedua atas Undang-undang Republik Indonesia 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 Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
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 5063);
8. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang

Kesehaan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144, 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 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
11. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1996 Nomor 45, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012);
14. 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);
15. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
16. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 107 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan dengan Kegiatan Operasional Kementerian pertahanan, TNI dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
17. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri

Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat;

18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 920/MENKES/PER/XII/86 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, Khusus Bentuk Pelayanan Medik Spesialistik;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/III/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
22. Peraturan Gubernur Sulawesi Utara Nomor 17 Tahun 2013 tentang sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Sulawesi Utara.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: **PERATURAN WALIKOTA TENTANG BESARAN BIAYA DAN PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU**

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Kotamobagu
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah Kota Kotamobagu
3. Walikota adalah Walikota Kotamobagu .
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Kota Kotamobagu
5. Direktur Rumah Sakit adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu
6. Badan Pengelola Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan

hukum yang dibentuk ,menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

7. 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.
8. Klaim Pelayanan Kesehatan adalah Retribusi atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit.
9. *Indonesia Cas Base Group's* yang selanjutnya disingkat INA-CBGs adalah sistim pengklaim pelayanan kesehatan berbasis paket.
10. Penerima Bantuan Iuran yang selanjutnya disingkat PBI adalah Fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan.
11. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
12. Gawat Darurat atau Emergency adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

BAB II
IDENTITAS PESERTA DAN TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 2

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta. Identitas peserta paling sedikit memuat nama nomor identitas tunggal.

Pasal 3

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.

BAB III

TATA LAKSANA PELAYANAN KESEHATAN
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

Bagian Kesatu
Bentuk Pelayanan
Pasal 4

(1) Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar, yang meliputi :
   a. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama; dan
   b. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjutan dan pelayanan gawat darurat.

(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 dalam program ini merupakan pelayanan tersruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.

(4) Rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap tingkat lanjut diberikan di Pusat Pelayanan Kesehatan lanjutan jaringan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Pemerintah

(5) Pelayanan rawat inap tingkat lanjut diberikan di ruang rawat inap kelas III untuk pasien PBI Jaminan Kesehatan.

(6) Pasien Peserta Non PBI dapat meminta manfaat tambahan yang bersifat non medis berupa akomodasi misalnya : 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 dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan berdasarkan ketentuan yang berlaku di RSUD Kota Kotamobagu, yang disebut iur biaya.

Bagian Kedua
Prosedur Pelayanan
Pasal 5

(1) Prosedur pelayanan kesehatan melalui program JKN adalah sesuai dengan pedoman penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit umum daerah Kota Kotamobagu

(2) Bagi pasien non emergency membawa surat rujukan dari PPK I (rawat jalan tingkat pertama) ke PPK II (rawat jalan spesialistik) atau dari PPK II (rawat jalan spesifik) ke PPK III (rawat inap).

(3) Untuk pasien emergency menyerahkan surat jaminan pembayaran dari rumah sakit daerah asal KTP/KK pasien.

Pasal 6

(1) Peserta JKN yang mendapat pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap tingkat lanjut dirujuk dari UPT PKM dan jaringannya ke Pusat Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut secara berjenjang dengan membawa kartu kepesertaan dan surat rujukan yang ditujukan sejak awal, sedangkan pada kasus *Emergency* tidak memerlukan surat rujukan.

(2) Kartu peserta JKN dibawa ke pusat pelayanan administrasi terpadu Rumah Sakit untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapan selanjutnya, dikeluarkan surat keabsahan peserta oleh petugas BPJS.

(3) Bayi dan anak yang baru lahir dari pasangan peserta JKN secara otomatis menjadi peserta dengan merujuk pada kartu orang tuanya dan melampirkan surat keterangan kelahiran dan Kartu Keluarga.

(4) Rujukan pasien Rumah Sakit termasuk rujukan Rumah Sakit antar daerah dilengkapi surat rujukan dari Rumah Sakit 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 diklaim menggunakan satu kode INA-CBGs, dengan jenis pelayanan rawat inap.

Bagian Ketiga

Manfaat

Pasal 7

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 Lanjut di Rumah Sakit yang meliputi :
   1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik penyuluhan kesehatan oleh Dokter Spesialis/Umum;

2) Rehabilitasi medic;
3) Penunjang diagnostic, laboratorium, radiologi dan elektromedik;
4) Tindakan medis
5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
6) Pelayanan keluarga berencana, termasuk kontap efektif, kontap Pasca persalinan / keguguran;
7) Pemberian obat mengacu pada formularium;
8) Pelayanan darah; dan
9) Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit.

b. Rawat inap Tingkat Lanjut Rumah Sakit yang meliputi :
1) Akomodasi rawat inap pada kelas III bagi peserta PBI JKN;
2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan pelayanan kesehatan;
3) Penunjang diagnostic, laboratorium, radiologi dan elektromedik
4) Tindakan medis;
5) Operasi sedang, besar dan khusus;
6) Pelayanan rehabilitasi medis;
7) Perawatan instensif (ICU, ICCU, RPI ANAK, NICU);
8) Pemberian obat-obatan;
9) Pelayanan darah;
10) Bahan dan alat Kesehatan habis pakai (BHP); dan
11) Persalinan resiko tinggi dan penyulit.

c. Pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin
1) Pelayanan Kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana yang diatur dalam peraturan yang berlaku;
2) Pelayanan Kesehatan yang dilakukan di Faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS, kecuali untuk kasus gawat darurat;
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 diluar negeri;
5) Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik termasuk sirkumsisi tanpa indikasi medis;
6) Pelayanan untuk mengatasi infertilities;
7) Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);

6

8) Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alcohol;
9) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
10) Pengobatan komplementer, alternative dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
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 akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
15) Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

BAB IV
TATA LAKSANA PENDANAAN
Bagian Kesatu
Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan
Pasal 8

(1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim Pelayanan Kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang memberikan layanan kepada peserta.
(2) Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan sebagaiman dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Bagian Kedua
Mekanisme Penganggaran Penerimaan Klaim Pelayanan Kesehatan
Pasal 9

(1) Dana hasil klaim atas pelayanan kesehatan disetor seluruhnya ke Kas Daerah.
(2) Penerimaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) distor sebagai pendapatan asli daerah berupa Retribusi Pelayanan kesehatan.

Bagian Ketiga

Mekanisme Penganggaran Belanja Pengeluaran

Pasal 10

(1) Belanja pengeluaran atas pelayanan kesehatan ditempatkan pada Pos Belanja Langsung.

(2) Belanja Langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tertuang dalam Program Kegiatan tersendiri.

Bagian Keempat

Tata Cara Pembayaran Klaim Pelayanan Kesehatan

Pasal 11

(1) Pengajuan klaim pelayanan kesehatan tingkat lanjutan kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta dan keluarganya.

(2) Fasilitas Kesehatan membuat tagihan klaim atas biaya pelayanan kesehatan dengan menggunakan *Software* INA-CBG's.

(3) Pengajuan klaim Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Selanjutnya tagihan klaim tersebut akan diverifikasi oleh petugas Verifikator BPJS Kesehatan. Setelah Verifikasi selesai dilakukan, dibuat laporan pertanggung jawaban sebagai dasar pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan yang disebut dengan Hasil Klaim yang kemudian di Setor ke Kas Daerah.

(4) Hasil klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang telah disetor ke Kas Daerah dicairkan kepada Rumah Sakit untuk dikelola dan dimanfaatkan sesuai dengan Peraturan ini melalui mekanisme Surat Perintah Membayar/Surat Perintah Pencairan Dana sebagimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

(5) Pembayaran Klaim Pelayanan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap dan benar di Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

Bagian Kelima

Pemanfaatan/Penggunaan Dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu

Pasal 12

(1) Pemanfaatan atas dana klaim yang telah menjadi hasil kinerja pelayanan kesehatan sebagai penerimaan/pendapatan atas klaim pelayanan, dapat digunakan sebagai kebutuhan dengan ketentuan masing-masing antara lain jasa medis/jasa pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan habis pakai, pemberdayaan SDM, dana operasional, pembelian obat, darah, dan administrasi pendukung lainnya.

(2) Pemanfaatan dan penggunaan dana dari hasil pengklaiman dibagi menjadi 2 (dua) Komponen yaitu :

a. Jasa Pelayanan / Jasa Medis : sebesar 50% (lima puluh persen) untuk imbalan jasa pelaksana pemberian pelayanan.

b. Jasa Sarana dan Prasarana : sebesar 50% (lima puluh persen) untuk kebutuhan pasien (Perbekalan Farmasi, Obat, Bahan Medis Habis Pakai), Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (SDM) dan Operasional.

(3) Tata cara atau pengaturan penggunaan biaya klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) lebih lanjut ditetapkan oleh Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu.

BAB V

PENGAWASAN

Pasal 13

Mekanisme pertanggungjawaban dana hasil klaim pelayanan kesehatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI

MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

Pasal 14

(1) Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh tim pengelola kota.

(2) Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan secara terjadwal dan terus menerus dengan melibatkan timpengawas internal dan eksternal, masyarakat, swasta sesuai dengan kompetensi masing-masing.

(3) Pelaporan dilakukan oleh tim pengelola kota.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 15

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Kotamobagu
pada tanggal 27 Oktober 2014

WALIKOTA KOTAMOBAGU

TATONG BARA

Diundangkan di Kotamobagu
Pada Tanggal 27 Oktober 2014

SEKRETARIS DAERAH

Dra. MUSTAFA LIMBALO
PEMBINA UTAMA MADYA
NIP. 19610119 198803 1 008

BERITA DAERAH KOTA KOTAMOBAGU
TAHUN 2014 NOMOR 26