



BUPATI ACEH JAYA

PERATURAN BUPATI ACEH JAYA NOMOR 15 TAHUN 2014

TENTANG

PROSEDUR PENGGUNAAN DANA PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TEUKU UMAR KABUPATEN ACEH JAYA

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM

DENGAN NAMA ALLAH YANG MAHA PENGASIH LAGI MAHA PENYAYANG BUPATI ACEH JAYA,

- Menimbang : a. bahwa Peraturan Bupati Aceh Jaya Nomor 12.e Tahun 2012 tentang Prosedur Penggunaan dana Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Jaya sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Aceh Jaya Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Aceh Jaya Nomor 12.e Tahun 2012 tentang Prosedur Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Jaya, dipandang belum mengakomodir pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Pelaksanaan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. bahwa untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan, sasaran program, akuntabilitas, efektifitas dan efisiensi pengelolaan keuangan, perlu menetapkan penggunaan dana pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Prosedur Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Teuku Umar Kabupaten Aceh Jaya;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Aceh Barat Daya, Kabupaten Gayo Lues, Kabupaten Aceh Jaya, Kabupaten Nagan Raya dan Kabupaten Aceh Tamiang di Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4179);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah 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;

5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah;
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 4633);
7. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (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. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. 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);
13. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
14. Peraturan Presiden Nomor 109 Tahun 2013 tentang Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial;
15. Peraturan Presiden Nomor 107 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 326/Menkes/SK/IX/2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328/ Menkes/SK/VIII/2013 tentang Formularium Obat Nasional;

4 28

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PROSEDUR PENGGUNAAN DANA PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TEUKU UMAR KABUPATEN ACEH JAYA

BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten adalah Kabupaten Aceh Jaya yang merupakan bagian dari wilayah Aceh sebagai suatu kesatuan masyarakat hukum yang diberi kewenangan khusus untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan perundang-undangan dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan UUD 1945 yang dipimpin oleh seorang Bupati
2. Pemerintah Kabupaten adalah penyelenggara unsur Pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten sesuai dengan fungsi dan kewenangan masing-masing.
3. Bupati adalah Kepala Pemerintahan Kabupaten yang dipilih melalui suatu proses demokrasi yang dilakukan berdasarkan asas langsung, umum, bebas, rahasia, jujur dan adil.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD Teuku Umar adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Jaya.
5. Direktur RSUD adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Teuku Umar Kabupaten Aceh Jaya.
6. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang memiliki tujuan melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.
7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan.
8. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
9. 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.
10. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) adalah surat yang merupakan syarat yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit dan disahkan oleh BPJS.
11. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/ atau anggota keluarga.
12. Fasilitas kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/ atau masyarakat.

13. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik dan dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai rujukan dari pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis, dan/ atau pelayanan medis lainnya termasuk konsultasi psikologi tanpa menginap di ruang perawatan.
14. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis, dan/ atau pelayanan medis lainnya termasuk konsultasi psikologi, yang dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dimana peserta atau anggota keluarganya dirawat inap di ruang perawatan paling singkat 1 (satu) hari.
15. *Indonesia Case Base Group's* yang selanjutnya disebut INA-CBG's adalah sistem pengklaiman pelayanan kesehatan berbasis paket.
16. Gawat Darurat atau *Emergency* adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
17. Pelayanan poliklinik dokter umum/ gigi adalah pelayanan poliklinik yang pelayanannya di berikan oleh dokter umum, dokter gigi atau yang setara dengannya maka selanjutnya di sebut pelayanan dokter umum/gigi.
18. Pelayanan poliklinik spesialis adalah pelayanan yang pelayanannya di berikan oleh dokter spesialis atau yang dianggap setara dengan dokter spesialis yang selanjutnya di sebut pelayanan poliklinik spesialis.
19. Unit Pelayanan Intensif Psikiatri yang selanjutnya disingkat UPIP adalah suatu unit perawatan pasien dengan gangguan kejiwaan baik kasus akut maupun kronis.
20. Visite dokter adalah kegiatan rutin dokter di Rumah Sakit yang memeriksa dan mengevaluasi perkembangan pasien yang di rawat inap, termasuk rencana terapi dan pemberian obat.
21. Pelayanan obat adalah pemberian obat sesuai indikasi medis bagi peserta baik pelayanan obat Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) yang berpedoman pada fornas yang berlaku.
22. Formularium Nasional yang selanjutnya disebut Fornas 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;
23. Alat bantu kesehatan adalah alat kesehatan yang dapat berupa bahan, instrument, apparatus, mesin, implant dan perangkat lunak yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/ atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
24. Tindakan Medis adalah tindakan yang bersifat operatif dan non operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan.

4/28

25. Kelas perawatan adalah fasilitas Rawat Inap yang menjadi hak peserta sesuai syarat dan ketentuan yang berlaku dalam perjanjian kerja sama dengan pihak BPJS.
26. Dana Subsidi kebersamaan adalah dana yang di kumpulkan dari masing-masing ruang pelayanan untuk penyeimbangan atau untuk mengatasi kesenjangan jasa petugas pelayanan.

BAB II
TATA LAKSANA PELAYANAN KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH TEUKU UMAR KABUPATEN ACEH JAYA

Pasal 2
Ruang Lingkup dan Prosedur Pelayanan

Bagian Kesatu
Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang Lingkup Pelayanan yang diberikan pada RSUD Teuku Umar Kabupaten Aceh Jaya adalah Sebagai Berikut:

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) di RSUD Teuku Umar Meliputi:
 - 1) Administrasi pelayanan; meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien;
 - 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - 3) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 - 4) Pelayanan obat (mengacu pada *formularium nasional*) dan bahan habis pakai medis;
 - 5) Pelayanan alat kesehatan;
 - 6) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - 7) Rehabilitasi medik;
 - 8) Pelayanan darah;
 - 9) Pelayanan rujuk balik;
 - 10) Pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan *Visum et repertum* atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik dan pemeriksaan psikiatri forensik;
 - 11) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal dunia di Rumah Sakit terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Rumah Sakit yang berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati;
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) meliputi:
 - 1) Akomodasi, meliputi;
 - a) perawatan inap non intensif;
 - b) perawatan inap intensif;
 - 2) Administrasi pelayanan; meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - 4) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 - 5) Pelayanan obat (mengacu pada *formularium nasional*) dan bahan habis pakai medis;
 - 6) Pelayanan alat kesehatan;

4/2/

- 7) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- 8) Rehabilitasi medik;
- 9) Pelayanan darah;
- 10) Pelayanan rujuk balik;
- 11) Pelayanan kedokteran forensic klinik meliputi pembuatan *Visum et repertum* atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensic dan pemeriksaan psikiatri forensic;
- 12) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal dunia di Rumah Sakit terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Rumah Sakit yang berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati;

c. Pelayanan Persalinan, meliputi:

- 1) Tindakan persalinan normal;
- 2) Tindakan persalinan dengan penyulit per vaginam sesuai indikasi medis;
- 3) Tindakan persalinan dengan penyulit perabdominam (*section caesaria*) sesuai indikasi medis;
- 4) Pelayanan Rawat Inap;
- 5) Ketentuan persalinan:
 - a) pada kondisi kehamilan normal ANC harus dilakukan di Faskes tingkat pertama. ANC di tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan sesuai indikasi medis berdasarkan rujukan dari faskes tingkat pertama;
 - b) penjaminan persalinan adalah benefit bagi peserta dan tidak ada batasan jumlah persalinan yang ditanggung; persalinan normal diutamakan dilakukan di faskes tingkat pertama;
 - c) penjaminan persalinan normal di faskes rujukan tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan dalam kondisi gawat darurat; dan
 - d) yang dimaksud kondisi gawat darurat pada poin c diatas adalah perdarahan, kejang pada kehamilan, ketuban pecah dini, gawat janin dan kondisi lain yang mengancam jiwa ibu dan bayinya.

d. Pelayanan Gawat Darurat, meliputi:

- 1) Pelayanan gawat darurat dapat diberikan jika sesuai dengan indikasi medis pelayanan gawat darurat;
- 2) Pelayanan gawat darurat mencakup:
 - a) administrasi pelayanan;
 - b) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - c) tindakan medis;
 - d) pemeriksaan penunjang diagnostik;
 - e) pelayanan obat dan bahan habis pakai medis;
 - f) perawatan inap (akomodasi) jika diperlukan.

e. Pelayanan obat Meliputi:

- 1) Pemberian obat untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) berdasarkan resep obat dari dokter spesialis/ sub spesialis yang merawat, berpedoman pada fornasi yang sesuai dengan indikasi medis dan merupakan komponen paket INA-CBG's.
- 2) Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada faskes rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam fornasi, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan komite medik dan direktur Rumah Sakit, dan termasuk dalam

pembiayaan paket INA-CBG's tidak boleh dibebankan kepada peserta;

- 3) Pelayanan obat penyakit kronis dapat diberikan selama 1 (satu) bulan sesuai indikasi medis, untuk kebutuhan 7 (tujuh) hari diberikan melalui paket INA-CBG's sedangkan sisanya 23 hari diberikan melalui apotik yang bekerja sama dengan BPJS, penagihan pembayaran dilakukan diluar paket INA-CBG's;

f. Pelayanan alat kesehatan, meliputi:

- 1) Alat kesehatan diberikan kepada peserta atas dasar indikasi medis;
- 2) Jenis dan plafon harga alat kesehatan sesuai dengan compendium alat kesehatan yang ditetapkan oleh menteri kesehatan;
- 3) Apabila atas indikasi medis Rumah Sakit meresepkan alat kesehatan di luar compendium alat kesehatan yang berlaku maka dapat digunakan alat kesehatan lain berdasarkan persetujuan komite medik dan Direktur RSUD; dan
- 4) Pengadaan alat kesehatan dilakukan oleh Rumah Sakit dengan mutu sesuai kebutuhan medis.

g. Pelayanan Ambulan, Meliputi:

- 1) Pelayanan ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan sesuai indikasi medis antar faskes disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien;
- 2) Pelayanan ambulan 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) Tarif dasar ambulan sesuai dengan standard biaya yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan berdasarkan kilometer jarak tempuh;
- 4) Penetapan jarak tempuh mengacu pada ketentuan yang ditetapkan oleh pihak beerwenang (Dinas Perbuhungan);
- 5) Pelayanan ambulan yang tidak termasuk dalam pelayanan JKN adalah jemput pasien dari rumah, antar pasien ke rumah, rujukan parsial (pemeriksaan penunjang/ spesimen dan tindakan saja);

h. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:

- 1) Pelayanan Kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana 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 telah dijamin oleh Program Kecelakaan Lalu Lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh Program Kecelakaan Lalu Lintas;
- 5) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- 6) Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetika;
- 7) Pelayanan kesehatan untuk mengatasi infertilitas;
- 8) Pelayanan untuk meratakan gigi (*ortodonti*)
- 9) Gangguan kesehatan/ penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;

4/28

- 10) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri (*bungy, jumping, rafting, dll*)
- 11) Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional termasuk akupuntur, *shin she*, chiropractic, yang dilakukan diluar fasilitas kesehatan pemerintah;
- 12) Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
- 13) alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
- 14) Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- 15) Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, KLB dan wabah; dan
- 16) Pelayanan kesehatan dalam rangka bakti social.

i. Alat Kesehatan di Luar Paket INA-CBG's, meliputi:

1. Jenis dan plafon harga alat kesehatan di luar paket INA-CBG's sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan, dengan rincian sebagai berikut:
 - 1) alat batu dengar, tarif maksimal Rp. 1.000.000; diberikan paling cepat 5 (*lima*) tahun sekali;
 - 2) protesa alat gerak (kaki palsu dan tangan palsu), tarif maksimal Rp. 2.500.000; diberikan paling cepat 5 (*lima*) tahun;
 - 3) protesa gigi, tarif maksimal Rp. 1.000.000; diberikan paling cepat 2 (*dua*) tahun, dengan rincian sebagai berikut:
 - a) Full protesa gigi maksimal Rp. 1.000.000;
 - b) Masing-masing rahang maksimal Rp.500.000;
 - c) Rincian per rahang adalah : 1 s/d 8 gigi : Rp. 250.000; dan 9 s/d 16 gigi : Rp.500.000;
 - 1) Korset tulang belakang tarif Rp. 350.000; diberikan paling cepat 2 (*dua*) tahun sekali atas indikasi medis;
 - 2) Collar neck, tarif Rp.150.000; diberikan paling cepat 2 (*dua*) tahun sekali atas indikasi medis;
 - 3) Kruck, tarif Rp. 350.000; diberikan paling cepat 5 (*lima*) tahun sekali atas indikasi medis.
2. Pengadaan alat kesehatan dilakukan oleh faskes dengan mutu sesuai kebutuhan medis.

**Bagian Kedua
Prosedur Pelayanan**

Pasal 3

Prosedur Pelayanan Kesehatan pada RSUD Teuku Umar Kabupaten Aceh Jaya adalah sebagai berikut:

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
 - 1) Pasien membawa identitas kepesertaan serta surat rujukan dari Faskes tingkat pertama;
 - 2) Pasien melakukan pendaftaran ke Rumah Sakit dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan;
 - 3) Rumah Sakit bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entri data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP;
 - 4) Petugas BPJS melakukan legalisasi SEP;
 - 5) Faskes melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan habis pakai medis;

43

- 6) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar Bukti Pelayanan disediakan oleh Rumah Sakit
- 7) Faskes menagihkan klaim dalam sistem paket INA-CBG's;
- 8) Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) di faskes, beberapa kemungkinan adalah sebagai berikut:
 - a) Pelayanan telah selesai dan pasien pulang.
 - b) Pasien pulang dan pelayanan belum selesai dan diperintahkan untuk pemeriksaan penunjang pada hari berikutnya.
 - c) Pelayanan selesai, tetapi diperintahkan untuk kontrol;
 - d) Pasien dirujuk ke UPF lain dalam Rumah Sakit (rujukan internal).
 - e) Pasien dirujuk ke faskes lanjutan; dan
 - f) apabila pasien dirujuk maka kepada pasien diberikan surat rujukan yang harus dilegalisasi oleh petugas BPJS di unit BPJS center.

b. Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)

- 1) Pasien melakukan pendaftaran ke Rumah Sakit dengan membawa identitas kepertaaan dan surat perintah rawat inap dari poli atau IGD;
- 2) Pasien/ keluarga harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang atau maksimal 3x24 jam hari kerja;
- 3) Rumah Sakit bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entri data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP disahkan oleh BPJS;
- 4) Petugas BPJS melakukan legalisasi SEP;
- 5) Faskes melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan habis pakai medis;
- 6) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar Bukti Pelayanan disediakan oleh Rumah Sakit;
- 7) Faskes menagihkan klaim dalam sistem paket INA-CBG's;
- 8) Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) di faskes, beberapa kemungkinan adalah sebagai berikut:
 - a) pelayanan Rawat Inap tingkat lanjutan telah selesai dan pasien pulang.
 - b) pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) selesai tetapi pasien diperintahkan untuk kontrol ulang;
 - Kepada peserta diberikan surat perintah kontrol/ Resume medis pulang;
 - Pada saat pasien tersebut melaksanakan kontrol, pasien datang ke Rumah Sakit dan unit BPJS center dengan menyerahkan surat perintah kontrol;
 - Surat perintah kontrol berlaku maksimal sebanyak 2 dua kali.
 - c) Pasien dirujuk balik;
 - d) Pasien dirujuk ke faskes lanjutan; dan
 - e) Apabila pasien dirujuk maka kepada pasien diberikan surat rujukan yang harus dilegalisasi oleh petugas BPJS di unit BPJS center;

Yp ZF

- c. **Pelayanan Alat Kesehatan**
- 1) Pasien mendapatkan pelayanan medis dan/ atau tindakan medis di faskes;
 - 2) Dokter menuliskan resep alat kesehatan sesuai dengan indikasi medis;
 - 3) Pasien mengambil alat kesehatan di instalasi farmasi Rumah Sakit dengan membawa identitas dan bukti pelayanan yang dibutuhkan;
 - 4) Petugas instalasi farmasi melakukan verifikasi resep dan bukti pendukung lain; dan
 - 5) Pasien menandatangani bukti penerimaan alat kesehatan;
- d. **Pelayanan Gawat Darurat**
- 1) Pada kondisi gawat darurat, peserta dapat langsung ke Rumah Sakit melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD) tidak perlu membawa surat rujukan dari PPK tingkat pertama (Puskesmas); dan
 - 2) Rumah Sakit bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan melakukan entri data dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP;
- e. **Pelayanan Rujuk Balik**
- 1) Pasien berobat ke faskes tingkat pertama dimana pasien tersebut terdaftar dengan membawa identitas diri.
 - 2) apabila atas indikasi medis peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/ sub spesialis, maka faskes tingkat pertama akan memberikan rujukan ke faskes rujukan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS.
 - 3) Pasien mendaftar ke BPJS center dengan membawa surat rujukan dan identitas diri untuk mendapatkan SEP.
 - 4) Dokter spesialis/ sub spesialis melakukan pemeriksaan kepada pasien sesuai kebutuhan indikasi medis.
 - 5) apabila pasien didiagnosa penyakit kronis maka pasien mendapatkan pelayanan kesehatan secara rutin di faskes rujukan tingkat lanjutan hingga diperoleh kondisi terkontrol/ stabil sesuai panduan klinis penyakit kronis.
 - 6) setelah pasien ditetapkan dalam kondisi terkontrol/ stabil, maka dokter spesialis/ sub spesialis memberikan SRB (Surat Rujuk Balik) kepada faskes tingkat pertama dimana pasien yang bersangkutan terdaftar.
- f. **Pelayanan Ambulan**
- psoses rujukan antar faskes mengikuti ketentuan sistem rujukan berjenjang yang berlaku.

BAB III TARIF PELAYANAN

Pasal 5

- (1) Tarif pelayanan JKN di pelayanan tingkat lanjutan menggunakan pola tarif paket Indonesia *Case Base Group* (INA-CBG's), mulai berlaku tanggal 1 Januari 2014 sesuai Surat Keputusan Menkes Nomor 441/740/2013 tentang Pelaksanaan Jaminan kesehatan Nasional di Seluruh Indonesia.

- (2) Tarif pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sudah termasuk alat kesehatan, dimana pembiayaannya tidak boleh dibebankan kepada pasien.

BAB IV TATA LAKSANA PENDANAAN

Bagian Kesatu Sumber Dana dan Alokasi Dana

Pasal 6

- (1) Sumber dana berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA) serta iuran dari seluruh peserta JKN.
- (2) Pemerintah Kabupaten melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten (APBK) berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Bagian Kedua Penyaluran Dana RSUD Teuku Umar

Pasal 7

Penyaluran dana RSUD Teuku Umar meliputi:

- a. dana untuk pelayanan Kesehatan JKN di RSUD Teuku Umar disalurkan langsung dari BPJS ke Rekening RSUD Teuku Umar melalui Bank.
- b. besaran dana yang di kirim oleh BPJS berdasarkan jumlah tagihan klaim pelayanan JKN; dan
- c. apabila terjadi kekurangan dana pelayanan JKN pada akhir tahun anggaran, maka akan diperhitungkan dan dibayarkan pada tahun selanjutnya.

Bagian Ketiga Pertanggungjawaban dan Pencairan Dana

Paragraf Kesatu Pertanggungjawaban

Pasal 8

Prosedur Pertanggungjawaban antara lain:

- a. RSUD Teuku Umar membuat pertanggungjawaban dana pelayanan JKN dengan menggunakan *software* INA-CBG's yang berlaku sejak 1 Januari 2014.
- b. pertanggungjawaban tersebut akan diverifikasi oleh Verifikator BPJS dengan menggunakan *software* verifikasi klaim JKN.
- c. setelah verifikasi dinyatakan layak oleh Verifikator BPJS selanjutnya pertanggungjawaban tersebut ditandatangani oleh Direktur RSUD Teuku Umar dan Verifikator BPJS.
- d. pertanggungjawaban dana Pelayanan JKN di RSUD menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani oleh Direktur RSUD Teuku Umar.
- e. RSUD Teuku Umar mengirim secara resmi laporan pertanggungjawaban dalam bentuk *hardcopy*.

**Paragraf Kedua
Pencairan Dana**

Pasal 9

- (1) Prosedur pencairan dana klaim dari BPJS ke RSUD Teuku Umar dilakukan setelah ditandatanganinya pertanggungjawaban dana oleh Direktur RSUD dan Verifikator BPJS, maka RSUD sudah dapat mencairkan dana pelayanan kesehatan tersebut dengan batas pencairan sejumlah dana yang dipertanggungjawabkan.
- (2) Dana yang sudah masuk ke rekening RSUD Teuku Umar disetor kembali ke kas umum daerah, dan dicairkan kembali dengan mengikuti mekanisme keuangan daerah.

**Paragraf Ketiga
Pemanfaatan/ Penggunaan**

Pasal 10

Pemanfaatan atas dana pelayanan JKN yang telah menjadi hasil kinerja pelayanan kesehatan sebagai penerima/ pendapatan atas klaim pelayanan, dapat digunakan sebagai kebutuhan dengan kebutuhan masing-masing, antara lain jasa medis/ jasa pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah, dan administrasi pendukung lainnya.

**BAB V
PEMANFAATAN DANA**

Pasal 11

- (1) Pemanfaatan dan penggunaan dana yang diperoleh Rumah Sakit dibagi menjadi 3 (tiga) bagian, yaitu:
 - a. sebesar 44 % (empat puluh empat persen) digunakan untuk jasa pelayanan JKN;
 - b. sebesar 46 % (empat puluh enam persen) digunakan untuk belanja Sarana dan Prasarana serta bahan habis pakai medis dan non medis pendukung pelayanan JKN;
 - c. sebesar 10 % (sepuluh persen) digunakan untuk honor PPTK, Pemeriksa Barang, Tim Pelaksana JKN Rumah Sakit;
- (2) Pendapatan jasa pelayanan masing-masing kelompok pelayanan, disisihkan sebesar 30% (tiga puluh persen) untuk digunakan sebagai subsidi penyeimbangan.
- (3) Rincian persentase bagi masing-masing kelompok pelayanan dan pemanfaatan dana hasil klaim pelayanan ambulan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

**BAB VI
PENGAWASAN**

Pasal 12

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



BAB VII
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 13

Ketentuan penggunaan dana pelayanan kesehatan program JKN mempunyai daya laku surut sejak 1 Januari 2014.

Pasal 14

Hal-hal yang tidak diatur dalam Peraturan ini, dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 15

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka:

- a. Peraturan Bupati Aceh Jaya Nomor 12.e Tahun 2012 tentang Prosedur Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Jaya; dan
- b. Peraturan Bupati Aceh Jaya Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Aceh Jaya Nomor 21.e Tahun 2012 tentang Prosedur Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Masyarakat Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Jaya.

dinyatakan dicabut dan tidak berlaku.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan Pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Kabupaten Aceh Jaya.

Ditetapkan di Calang
pada tanggal 3 Maret 2014 M
1 Jumadil Awal 1435 H

A **BUPATI ACEH JAYA,** U



AZHAR ABDURRAHMAN

Ditetapkan di Calang
Pada tanggal 3 Maret 2014 M
1 Jumadil Awal 1435 H


SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN ACEH JAYA,

T. IRFAN TB

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI ACEH JAYA
NOMOR : 15 TAHUN 2014
TANGGAL : 3 MARET 2014 M
1 JUMADIL AWAL 1435 H

HASIL KLAIM PELAYANAN JKN SECARA KESELURUHAN

A. Hasil Klaim Pelayanan

Hasil klaim pelayanan secara keseluruhan sebesar 100% di bagikan kepada tiga bagian yaitu:

1. Sebesar 44 % untuk jasa pelayanan,
2. Sebesar 46 % untuk kebutuhan belanja kebutuhan Rumah Sakit
3. Sebesar 10 % di peruntukkan untuk honor PPTK, pemeriksa barang, honor tim pelaksana jaminan kesehatan nasional rumah sakit.
 - ad.1. Jasa pelayanan sebesar 44% di jadikan 100% kemudian dibagi kepada dua bagian yaitu sebagai berikut;
 - Bagian Kesatu sebesar 70 % dijadikan 100% dibagikan untuk jasa petugas pelayanan, dengan rincian sebagai berikut:

a. Pelayanan Rawatan Gawat Darurat

NO	PENERIMA JASA	PERSENTASE
1	Dokter umum	31 %
2	Dokter Spesialis	10 %
3	Perawat Ruangan	30 %
4	Rekam medis	5 %
5	Farmasi/ Apotik	5 %
6	Laboratorium	5 %
7	Radiologi	5 %
8	Gizi	3 %
9	Manajemen Staf	6%

b. Pelayanan Rawat Inap

NO	PENERIMA JASA	PERSENTASE
1	Dokter umum	15 %
2	Dokter Spesialis	21 %
3	Perawat Ruangan	35 %
4	Rekam medis	4 %
5	Farmasi/ Apotik	5 %
6	Laboratorium	6 %
7	Radiologi	5 %
8	Gizi	4 %
9	Manajemen Staf	5 %

Handwritten signature

c. Pelayanan Poliklinik Umum/ Gigi

NO	PENERIMA JASA	PERSENTASE
1	Dokter umum	31 %
2	Dokter Spesialis	10 %
3	Perawat Ruangan	30 %
4	Rekam medis	5 %
5	Farmasi/ Apotik	5 %
6	Laboratorium	5 %
7	Radiologi	6 %
8	Gizi	3 %
9	Manajemen Staf	5 %

d. Pelayanan Poliklinik Spesialis

NO	PENERIMA JASA	PERSENTASE
1	Dokter umum	4 %
2	Dokter Spesialis	34 %
3	Perawat Ruangan	32 %
4	Rekam medis	5 %
5	Farmasi/ Apotik	5 %
6	Laboratorium	5 %
7	Radiologi	6 %
8	Gizi	3 %
9	Manajemen Staf	6 %

Bagian Kedua sebesar 30 % dari masing-masing pelayanan di atas di kumpulkan dan dijadikan 100% kemudian dijadikan sebagai dana subsidi kebersamaan untuk menyeimbangi selisih pendapatan jasa pada setiap kelompok petugas pelayanan dengan rincian sebagai berikut:

1. Sebesar 3 % dibagikan kepada seluruh dokter umum yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan JKN
2. Sebesar 3 % dibagikan kepada seluruh Dokter Spesialis yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan langsung ke pasien JKN
3. Sebesar 51 % dijadikan 100 % dibagikan kepada tiga kelompok perawat pelayanan yang terdiri dari:
 - a. Sebesar 60 % diberikan untuk perawat/ bidan yang bertugas di IGD.
 - b. Sebesar 30 % untuk perawat/ bidan yang bertugas di seluruh Ruangan Rawat Inap.
 - c. Sebesar 10 % untuk para perawat/ bidan yang bertugas di seluruh Pelayanan Poliklinik Rawat Jalan.
4. Sebesar 3 % dibagikan kepada seluruh petugas Rekam Medis yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan JKN

43

5. Sebesar 3 % dibagikan kepada seluruh petugas Farmasi/ Apotek yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan JKN
6. Sebesar 3 % dibagikan kepada seluruh petugas Laboratorium yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan JKN
7. Sebesar 1 % dibagikan kepada seluruh petugas Radiologi yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan JKN
8. Sebesar 3 % dibagikan kepada seluruh petugas GIZI yang terlibat di dalam pelaksanaan pelayanan JKN
9. Sebesar 30 % dibagikan kepada seluruh Staf Manajemen rumah sakit.

Pembagian jasa pelayanan di atas di bayarkan berdasarkan rekapitulasi absensi yang berlaku.

Ad.2. Sebesar 46 % dikumpulkan dan selanjutnya dijadikan 100 % di pergunakan untuk Kebutuhan belanja kebutuhan rumah sakit dalam rangkan mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Ad.3. Sebesar 10 % dijadikan 100 % kemudian digunakan untuk: pembayaran honorarium PPTK, pembayaran honorarium Pemeriksaan Barang (Jika ada di lakukan belanja barang) dan sisanya di jadikan 100 % kemudian di peruntukkan untuk pembayaran honorarium Tim pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional Rumah Sakit yang terdiri dari:

1. Sebesar 20 % di jadikan 100 % kemudian di bayarkan untuk pengarah sebesar 15 % dan 85 % di jadikan 100 % kemudian di bayarkan untuk honor penanggung jawab (direktur 40 %, kepala tata usaha 20 %, Kasie Pelayanan 20 % dan Kasie Penunjang 20 %).
2. Sebesar 10 % di jadikan 100 % kemudian di bayarkan untuk honor pengesahan severity level III sebesar 25 % dan sebesar 75 % untuk kelompok fungsi koordinasi, evaluasi dan monitoring.
3. Sebesar 70 % di jadikan 100 % kemudian di bayarkan untuk honor kelompok kerja pengajuan klaim pelayanan JKN dan kelompok kerja pemanfaatan hasil klaim pelayanan JKN, dan di bayarkan berdasarkan rentang tanggung jawab dan beban kerja.

B. Hasil Klaim Pelayanan Rujukan Ambulan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Pemanfaatan untuk kebutuhan perjalanan rujukan ambulan.
Hasil klaim pelayanan rujukan ambulan Jaminan Kesehatan Nasional untuk setiap rujukan yang dilakukan dengan jarak tempuh di atas 10 Kilometer maka pemanfaatan dana hasil klaim tersebut sebagaimana yang dirincikan berikut ini:
 - a) Belanja bahan bakar minyak sebesar 59 %
 - b) Belanja perawatan dan service ambulan sebesar 17 %
 - c) Biaya akomodasi sopir sebesar 24%
2. Biaya petugas pendamping rujukan ambulan

4/3/20

2. Biaya petugas pendamping rujukan ambulan

Besaran honor/ akomodasi petugas pendamping rujukan pelayanan ambulan jaminan kesehatan nasional adalah sebagai berikut:

a) Dokter

1) Perjalanan dengan jarak tempuh <300 KM sebesar Rp.200.000

2) Perjalanan dengan jarak tempuh >300 KM sebesar Rp.500.000

b) Perawat/ bidan

1) Perjalanan dengan jarak tempuh <300 KM sebesar Rp.150.000

2) Perjalanan dengan jarak tempuh >300 KM sebesar Rp.300.000

3. Pelayanan rujukan Ambulan Jaminan Kesehatan Nasional untuk setiap rujukan yang di lakukan dengan jarak tempuh dalam radius 0 sampai dengan 10 Kilometer maka pemanfaatan dana hasil klaim tersebut di jadikan 100% kemudian di manfaatkan dengan rincian sebagai berikut:

a) Belanja bahan bakar minyak/perawatan ambulan sebesar 60%

b) Biaya Pendamping dan atau sopir sebesar 40%

A
BUPATI ACEH JAYA, ↓


AZHAR ABDURRAHMAN

4/3