SALINAN

BUPATI LAMPUNG BARAT
PROVINSI LAMPUNG

PERATURAN BUPATI LAMPUNG BARAT
NOMOR : B/ 6 /KPTS/II.03/ 2016

TENTANG

PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMPUNG BARAT,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diselenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada masyarakat;

b. bahwa agar pelaksanaan JKN dapat berjalan, efektif, efisien, transparan dan akuntabel, maka perlu diatur pelaksanaan JKN pada Puskesmas;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1991 tentang Pembentukan Kabupaten Daerah Tingkat II Lampung Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 64, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3452);

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 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

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 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

6. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298,Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

8. 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) Sebagai mana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 (Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 26 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5746)

9. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahum 2013 Nomor 255);

10. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 589);

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287);

15. Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 3 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum;

16. Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 13 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Kabupaten Lampung Barat sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 3 Tahun 2014;

17. Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 7 Tahun 2015 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2016;

18. Peraturan Bupati Lampung Barat Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan;

19. Peraturan Bupati Lampung Barat Nomor 36 Tahun 2014 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Bupati lampung Barat Nomor 29 Tahun 2012 tentang Honorarium Tim Pelaksana Kegiatan, Panitia Pengadaan dan Biaya Pengeluaran Lain-Lain di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lampung Barat Sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Bupati Lampung Barat Nomor 41 Tahun 2015;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS.

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan

1. Daerah adalah Kabupaten Lampung Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Lampung Barat.
3. Bupati adalah Bupati Lampung Barat.
4. Kepala Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah yang selanjutnya disingkat DPPKAD Kabupaten Lampung Barat.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Barat
6. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN 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 telah dibayar pemerintah.
7. Peserta JKN adalah setiap orang termasuk orang asing yang telah membayar atau dibayarkan iurannya , dan terdaftar sebagai peserta JKN.
8. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS,Kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang berbentuk badan hukum yang menyelenggarakan jaminan kesehatan.

9. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
10. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
11. Puskesmas adalah puskesmas rawat jalan dan puskesmas rawat inap yang merupakan FKTP milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Barat
12. Puskesmas PONED adalah Puskesmas rawat inap yang mampu melaksanakan kegiatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar.
13. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKTL adalah Rumah Sakit Tipe C, B dan A
14. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
15. Dana Non Kapitasi adalah besaran dana pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
16. Bidan adalah bidan yang bertugas melaksanakan kegiatan pelayanan kebidanan dan neonatal.
17. Bidan Desa adalah bidan pemerintah baik PNS maupun Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang ditempat di desa dan menjadi bagian dari puskesmas setempat.
18. Bidan Jaringan adalah bidan swasta atau praktek mandiri yang mengikat kerjasama dengan puskesmas setempat.

Pasal 2

(1) Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Nasional pada Puskesmas bertujuan untuk memberikan acuan bagi Puskesmas dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

(2) Petunjuk teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

Pasal 3

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas mengacu pada prinsip- prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

a. Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
d. Efisien, transparan dan akuntabel.

Pasal 4

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Lampung Barat.

Ditetapkan di Liwa
pada tanggal 24 Februari 2016

BUPATI LAMPUNG BARAT,

dto

MUKHLIS BASRI

Diundangkan di Liwa
pada tanggal 24 Februari 2016

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN LAMPUNG BARAT,

dto

NIRLAN

BERITA DAERAH KABUPATEN LAMPUNG BARAT TAHUN 2016 NOMOR 6

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI LAMPUNG BARAT
NOMOR : B/ 6 /KPTS/2016
TANGGAL : 24 Februari 2016

PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28H dan pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 134 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangan *Universal Health Coverage* (*UHC*) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program JKN.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 maka program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Penyelenggara jaminan kesehatan adalah BPJS Kesehatan.

Petunjuk Teknis Pelaksanaan JKN ini memuat berbagai ketentuan teknis pelaksanaan JKN pada puskesmas sehingga diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan yaitu Tim Koordinasi Kabupaten JKN (TKK-JKN), Tim pelaksana JKN di Kabupaten dan Puskesmas, BPJS Kesehatan dan Dinas PPKAD sehingga pelaksanaan JKN pada puskesmas di Kabupaten Lampung Barat dapat berjalan dengan baik.

2. Tujuan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Pelaksanaan JKN untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

B. RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

   a. Administrasi pelayanan meliputi pendaftaran peserta dan penyediaan dan pemberian surat rujukan;

   b. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;

   c. Pelaksanaan prolanis dan home visit;

   d. Pelayanan promotif dan preventif, meliputi :

      1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
      2) Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus (DPT) dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak;
      3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana;
      4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
      5) Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan, yaitu Diabetes melitus tipe II, Hipertensi, Kanker leher rahim, Kanker payudara, dan Penyakit lain yang ditetapkan Menteri. Pelayanan skrining kesehatan tertentu merupakan pelayanan non-kapitasi.

   e. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama, berupa :

      1) Pemeriksaan darah sederhana (hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria);
      2) Pemeriksaan urin sederhana (warna, berat, jenis, kejernihan, ph, leukosit, eritrosit);
      3) Pemeriksaan feses sederhana (benzidin test, mikroskopik cacing);
      4) Pemeriksaan gula darah.
      5) Pemeriksaan IVA untuk kasus kanker payudara.
      6) Pemeriksaan gula darah dan IVA untuk kasus kanker payudara merupakan pelayanan non-kapitasi.

   f. Pelayanan kesehatan gigi berupa :

      1) Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
      2) Premedikasi;
      3) Kegawatdaruratan oro-dental;
      4) Pencabutan gigi sulung (topical, infiltrasi);
      5) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
      6) Obat pasca ektraksi;

   g. Pelayanan medis mencakup :

      1) Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
      2) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
      3) Kasus medis yang dapat diselesakan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
      4) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dirujuk.
      5) Kasus medis rujuk balik;
      6) Pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita;
      7) Rehabilitasi medik dasar.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
   a. Administrasi pelayanan meliputi pendaftaran peserta dan penyediaan dan pemberian surat rujukan;
   b. Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
   c. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
   d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan;
   e. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama;
   f. Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
   g. Tindakan medis kecil/sederhana oleh dokter ataupun paramedis;
   h. Persalinan pervaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;

3. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal
   a. Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan;
   b. Persalinan pervaginam normal
   c. Persalinan pervaginam dengan penyulit;
   d. Pelayanan tindakan paska persalinan;
   e. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
   f. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi;
   g. Pelayanan KB dan Penanganan komplikasi KB paska persalinan.

4. Pelayanan Alat Bantu Kesehatan

   Pelayanan alat bantu kesehatan yang dijamin adalah prothesa gigi yang diberikan kepada peserta yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis

5. Pelayanan Ambulan

   Pelayanan ambulans diberikan pada pelayanan ambulans darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan.

6. Pelayanan dan Penyediaan Obat di Puskesmas
   a. Pelayanan Obat
      1) Pelayanan obat dilakukan oleh apoteker di ruang farmasi;
      2) Apabila puskesmas tidak memiliki apoteker maka pelayanan obat dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian dengan pembinaan apoteker dari Dinas Kesehatan;
      3) Pelayanan obat mengacu pada daftar obat dalam Formularium Nasional.
   b. Penyediaan Obat
      1) Penyediaan obat menggunakan mekanisme *e-purchasing* berdasarkan e-katalog, bila terdapat kendala operasional dilakukan secara manual;
      2) Apabila jenis obat tidak tersedia di dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan lain sesuai dengan Undang-undang;

7. Pelayanan kesehatan yang Tidak Dijamin Program JKN

   a. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;

   b. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;

   c. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;

   d. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;

   e. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);

   f. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;

   g. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;

   h. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan;

   i. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu;

   j. Perbekalan kesehatan rumah tangga;

   k. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;

   l. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah, yaitu cedera yang berhubungan dengan kelalaian penatalaksanaan medis termasuk kesalahan terapi dan diagnosis, ketidaklayakan alat dan lain-lain kecuali komplikasi penyakit terkait;

   m. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

C. JENJANG DAN WILAYAH RUJUKAN MEDIS/SPESIMEN

1. Jenjang Rujukan

   a. Faskes Tingkat I sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I adalah :
      1) Puskesmas dan jaringannya
      2) Puskesmas mampu PONED

   b. Faskes Tingkat II/Spesialistik sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat II adalah rumah sakit umum daerah atau rumah sakit swasta;

   c. Faskes Tingkat III/Sub Spesialistik sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat III adalah :
      1) Rumah Sakit Nasional meliputi :
         a) Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta
         b) Rumah Sakit Umum Pusat Muhammad Husein Palembang.
      2) Rumah Sakit Provinsi meliputi :
         a) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung
         b) Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro
         c) Rumah Sakit Jiwa Provinsi
      3) Balai laboratorium Kesehatan Provinsi

2. Wilayah Cakupan Rujukan Medis/Spesimen

a. Wilayah cakupan rujukan FKTP

1) Wilayah Cakupan Rujukan 1 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Liwa, meliputi Puskesmas Lombok, Puskesmas Buay Nyerupa, Puskesmas Batu Brak, Puskesmas Kenali dan Puskesmas Bandar Negeri Suoh

2) Wilayah Cakupan Rujukan 2 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Srimulyo, meliputi Puskesmas Bandar Negeri Suoh

3) Wilayah Cakupan Rujukan 3 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Fajar Bulan, meliputi Puskesmas Sekincau, Puskesmas Pagar Dewa dan Puskesmas Bungin.

4) Wilayah Cakupan Rujukan 4 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Sumber Jaya, meliputi Puskesmas Bungin dan Puskesmas Kebun Tebu

b. Rujukan tertinggi di Kabupaten Lampung Barat adalah RSUD Liwa

c. Wilayah cakupan rujukan provinsi :

1) Rumah sakit sebagai rujukan tertinggi provinsi wilayah 3 adalah RSUD Pringsewu.

2) Rumah sakit sebagai rujukan tertinggi provinsi wilayah 5 adalah RSUD Ryacudu.

d. Rujukan tertinggi di Provinsi Lampung adalah :

1) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung

2) Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro

3) Rumah Sakit Jiwa Provinsi

4) Balai laboratorium Kesehatan Provinsi

e. Wilayah cakupan rujukan nasional terdiri dari RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan RSUP Muhammad Husein Palembang.

D. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

a. Setiap peserta harus terdaftar pada puskesmas yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memperoleh pelayanan;

b. Peserta menunjukan kartu yang mempunyai nomor identitas peserta JKN;

c. Puskesmas melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;

d. Puskesmas melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/ pemberian tindakan/obat;

e. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh puskesmas;

f. Puskesmas melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan;

g. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka puskesmas akan memberikan surat rujukan ke Rumah Sakit tipe C yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku;

h. Surat rujukan berlaku untuk periode maksimal 1 (satu) bulan sejak tanggal rujukan diterbitkan. Surat rujukan disediakan oleh puskesmas dengan format sesuai ketentuan;

i. Puskesmas wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi Primary Care (P-Care) pelayanan FKTP.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Peserta datang ke puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap;

b. Faskes dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari FKTP rawat jalan lain;

c. Peserta menunjukan kartu yang mempunyai nomor identitas peserta JKN;

d. Puskesmas melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;

e. Puskesmas melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP);

f. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakanoleh puskesmas;

g. Puskesmas melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan dan wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi p-care pelayanan FKTP;

h. Peserta dapat dirujuk ke Rumah Sakit tipe C berdasarkan indikasi medis diperlukan.

3. Pelayanan Kegawatdaruratan (*Emergency*):

a. Pada keadaan kegawatdaruratan (*emergency*), seluruh puskesmas wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta JKN;

b. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.

E. BESARAN TARIF

1. Tarif Kapitasi

Besarnya tarif kapitasi tergantung nilai kredensialing puskesmas yang memperhitungkan jenis tenaga dan pelayanan yang diberikan puskesmas.

Tarif Kapitasi diberlakukan pada puskesmas yang melakukan pelayanan :

a. administrasi pelayanan;

b. pelayanan promotif dan preventif;

c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;

d. tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;

e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, termasuk pil dan kondom untuk pelayanan Keluarga Berencana;

f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.

2. Tarif Non Kapitasi

Tarif Non Kapitasi diberlakukan pada puskesmas yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi yang meliputi:

a. Rawat inap tingkat pertama;

b. Pelayanan prothesa gigi;

c. Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal termasuk pelayanan KB
d. pelayanan obat rujuk balik;
e. pelayanan ambulan;
f. pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik;
g. Pelayanan Skrining Kesehatan;
h. Pelayanan darah;
i. Pelayanan lain di Fasilitas Kesehatan ;

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

Tarif rawat inap di puskesmas diberlakukan dalam bentuk paket,ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Rawat Inap di Puskesmas	120.000 per hari

4. Pelayanan Prothesa Gigi
   a. Diberikan kepada peserta yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis dan atas rekomendasi dari dokter gigi;
   b. Protesa gigi/gigi palsu merupakan pelayanan tambahan/suplemen dengan limitasi/plafon/pembatasan yang diberikan kepada peserta ;
   c. Penjaminan pelayanan protesa gigi diberikan atas rekomendasi dokter gigi;
   d. Tarif pelayanan prothesa gigi ditetapkan sebagai berikut :

Alat Kesehatan	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
Protesa Gigi	Maksimal Rp 1.000.000,-	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama
		2. full protesa gigi maksimal Rp 1.000.000,-
		3. Masing-masing rahang maksimal Rp500.000,- (ket : pembayaran protesa gigi maksimal 16 gigi sebesar Rp 500.000,-

5. Jasa Pelayanan Kebidanan dan Neonatal termasuk KB
   a. Pemeriksaan ANC sekurang-kurangnya dilakukan 4 kali, dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester pertama kehamilan, 1 kali pada trimester kedua kehamilan, dan 2 kali pada trimester ketiga kehamilan.
   b. Pemeriksaan ANC berupa pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkar lengan atas, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan denyut jantung janin dan posisi janin, skrining status dan pemberian imunisasi tetanus toksoid, pemberian tablet tambah darah dan asam folat, serta temu wicara.

c. Pemeriksaan ANC berupa pemeriksaan laboratorium rutin meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil wajib dilakukan oleh pemberi pelayanan antenatal yang memiliki alat pemeriksaan laboratorium tersebut.

d. Tarif pemeriksaan ANC merupakan tarif paket untuk pelayanan ANC paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan dalam masa kehamilannya sebesar Rp 200.000,- dan tidak dapat dipecah-pecah menjadi per pemeriksaan;

e. Pemeriksaan PNC/neonatus sesuai standar dilaksanakan dengan 2 kali kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua, 1 kali kunjungan neonatus ketiga serta 1 kali kunjungan ibu nifas ke tiga sebesar Rp 25.000,- untuk tiap kunjungan dan diberikan kepada pemberi pelayanan yang pertama dalam kurun waktu kunjungan;

f. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali pelayanan ibu nifas dan 3 (tiga) kali pelayanan neonatal. yaitu :
   1) Kunjungan pertama untuk Kf1 dan KN1 (6 jam s/d hari ke-2)
   2) Kunjungan kedua untuk KN2 (hari ke-3 s/d hari ke-7)
   3) Kunjungan ketiga untuk Kf2 dan KN3 (hari ke-8 s/d hari ke-28)
   4) Kunjungan keempat untuk Kf3 (hari ke-29 s/d hari ke-42)

g. Pertolongan persalinan normal;

h. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED meliputi penatalaksanaan untuk mengatasi kegawatdaruratan medik, perdarahan pada kehamilan muda (abortus), preeklamsia, eklamsia, dan persalinan macet (distosia).

i. Tarif persalinan adalah tarif paket persalinan termasuk pembayaran jasa medis dan akomodasi pasien maksimum 24 jam persalinan;

j. Pelayanan ibu nifas meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu; pemeriksaan tinggi fundus uteri; pemeriksaan lokhia dan pengeluaran pervaginam lainnya; pemeriksaan payudara dan dukungan pemberian ASI Eksklusif; pemberian vitamin A; pelayanan KB pasca persalinan; konseling dan edukasi perawatan kesehatan; serta penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada ibu nifas.

k. Pelayanan neonatal meliputi pelayanan neonatus dengan menggunakan Form Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), memastikan pemberian vitamin K1, salep mata antibiotika dan imunisasi hepatitis B0, perawatan tali pusat serta konseling terkait dengan pemberian ASI Eksklusif, perawatan tali pusat, deteksi dini tanda bahaya dan pencegahan infeksi.

l. Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED meliputi penatalaksanaan untuk mengatasi kegawatdaruratan medik, perdarahan pasca persalinan, preeklamsi, eklamsi, dan infeksi nifas.

m. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal dilaksanakan di puskesmas PONED.

n. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal meliputi:
   1) Tindakan untuk menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi, dan sirkulasi;
   2) Tindakan untuk menghentikan sumber perdarahan atau infeksi;
   3) Tindakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang;
   4) Tindakan untuk mengatasi rasa nyeri atau gelisah; dan/atau
   5) Tindakan pemberian obat/medikamentosa sesuai indikasi.

o. Pelayanan KB pasca persalinan dilakukan hingga 42 hari pasca persalinan.

p. Penanganan komplikasi KB pasca persalinan.

q. Alat kontrasepsi disediakan oleh Badan Koordinasi Keluarga Nasional;

r. Khusus pelayanan KB MOP/Vasektomi dapat diberikan pada FKTP yang ditujukan berdasarkan rekomendasi Dinas Kesehatan dengan mempertimbangkan kompetensi tenaga kesehatan dan kelengkapan sarana dan prasarana faskes;

s. Tarif jasa pelayanan kebidanan dan *neonatal* ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Pemeriksaan ANC (4 kali pemeriksaan) Trimester I : 1 kali Trimester II : 1 kali Trimester III : 2 kali	200.000
2	Persalinan pervaginam normal	600.000
3	Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned	750.000
4	Pemeriksaan PNC - 1 kali KF1-KN1 - 1 kali KF2-KN2 - 1 kali KF3 - 1 kali KN3	25.000 per Kunjungan
5	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned	175.000
6	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal	125.000
7	Pelayanan KB - Pemasangan atau pencabutan IUD/Implant - Suntik (setiap kali suntik) - Penanganan komplikasi KB pasca persalinan - Pelayanan KB MOP/Vasektomi	 100.000 15.000 125.000 350.000

j. Pelayanan ambulan

a. Pelayanan ambulan berupa kendaraan darat maupun air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau menjaga kestabilan kondisi pasien dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.

b. Biaya pelayanan ambulan perpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 3 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum ditambah biaya BBM per 7 (tujuh) kilometer;

c. Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk rujukan antar faskes:

1) Antar FKTP (contoh: dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap atau dari Pustu ke Puskesmas Kecamatan);

2) Dari FKTP ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL);

3) Antar FKRTL sekunder (contoh dari Rumah Sakit tipe D ke tipe C);

4) Dari FKKRTL sekunder ke tersier;

5) Antar FKRTL tersier;

6) Rujukan balik ke Fasilitas Kesehatan dengan tipe di bawahnya.

d. Pelayanan ambulan yang tidak dijamin antara lain :

1) Jemput pasien dari selain Faskes (rumah, jalan, lokasi lain);
2) Mengantar pasien ke selain faskes;
3) Rujukan farsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan yang merupakan rangkaian perawatan pasien disalah satu faskes);
4) Ambulan/mobil jenazah; dan
5) Pasien rujuk balik rawat jalan.

e. Tarif pelayanan ambulan ditetapkan sebagai berikut :

1) Tujuan RSUD Liwa

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Biaya Operasional	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Jumlah
					Sopir	Perawat	
1	Sumberjaya	67	93.750	56.250	90.000	135.000	375.000
2	Kebun Tebu	70	97.500	58.500	94.000	140.000	390.000
3	Bungin	86	117.500	70.500	113.000	169.000	470.000
4	Fajar Bulan	54	77.000	46.500	75.000	111.000	309.000
5	Sekincau	46	67.500	40.500	64.800	97.200	270.000
6	Pagar Dewa	60	325.000	51.000	65.000	97.000	538.000
7	Bandar Negeri Suoh	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
8	Srimulyo	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
9	Kenali	26	42.500	25.500	40.800	61.200	170.000
10	Batu Brak	16	30.000	18.000	28.800	43.200	120.000
11	Liwa	4	12.500	7.500	12.000	18.000	50.000
12	Buay Nyerupa	32	50.000	30.000	48.000	72.000	200.000
13	Lombok	41	61.000	37.000	58.800	88.200	245.000

2) Tujuan RSUD Mayjend Ryacudu, RS Handayani dan RS Hi. M. Yusuf

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Biaya BBM per 7 KM	Jumlah
				Sopir	Perawat		
1	Sumberjaya	112	331.000	86.200	107.900	104.000	629.100
2	Kebun Tebu	137	406.000	101.200	125.400	130.000	762.600
3	Bungin	214	637.000	147.400	179.300	201.500	1.165.200
4	Fajar Bulan	124	367.000	93.400	116.300	117.000	693.700
5	Sekincau	131	388.000	97.600	121.200	123.500	730.300
6	Pagar Dewa	124	367.000	93.400	116.300	117.000	693.700
7	Bandar Negeri Suoh	198	589.000	137.800	168.100	188.500	1.083.400
8	Srimulyo	198	589.000	137.800	168.100	188.500	1.083.400
9	Kenali	158	469.000	113.800	140.100	149.500	872.400
10	Batu Brak	170	505.000	121.000	148.500	162.500	937.000
11	Liwa	168	499.000	119.800	147.100	156.000	921.900
12	Buay Nyerupa	189	562.000	132.400	161.800	175.500	1.031.700
13	Lombok	196	583.000	136.600	166.700	182.000	1.068.300

7. Pelayanan obat rujuk balik

   a. Pelayanan obat rujuk balik diberikan oleh ruang farmasi puskesmas.

   b. Dalam hal ruang farmasi puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat rujuk balik, maka pelayanan obat rujuk balik disediakan oleh apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

   c. Obat rujuk balik diberikan untuk penyakit Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Epilepsi, Gangguan Kesehatan Jiwa Kronik, Stroke, dan Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

   d. Peresepan obat program rujuk balik harus sesuai dengan obat rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional.

   e. Harga Obat Program Rujuk Balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *E-Catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian.

   f. Besarnya biaya pelayanan kefarmasian adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali Harga Dasar Obat sesuai *E-Catalogue.*

   g. Faktor pelayanan kefarmasian adalah sebagai berikut :

No	Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan
1	< Rp.50.000,-	0,28
2	Rp.50.000,- sampai dengan Rp.250.000,-	0,26
3	Rp.250.000,- sampai dengan Rp.500.000,-	0,21
4	Rp.500.000,- sampai dengan Rp.1.000.000,-	0,16
5	Rp.1.000.000,- sampai dengan Rp.5.000.000,-	0,11
6	Rp.5.000.000,- sampai dengan Rp.10.000.000,-	0,09
7	≥ Rp.10.000.000,-	0,07

8. Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik

   a. Pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di puskesmas terdiri dari Pemeriksaan gula darah sewaktu, Pemeriksaan gula darah puasa (GDP), dan Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP).

   b. Pemeriksaan penunjang rujuk balik dilakukan untuk satu bulan satu kali.

   c. Dalam keadaan tertentu, pemeriksaan gula darah sewaktu dilakukan sesuai indikasi medis.

   d. Tarif pemeriksaan darah ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Pemeriksaan gula darah sewaktu, Pemeriksaan gula darah puasa (GDP), Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP).	Rp20.000

9. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Skrining Kesehatan

   a. Pelayanan pemeriksaan penunjang diberikan kepada pesertayang telah mendapatkan analisis riwayat kesehatan dengan hasil teridentifikasi mempunyai risiko penyakit tertentu ;

   b. Pelayanan pemeriksaan penunjang skrining kesehatan yang dijamin adalah :

      1) Pemeriksaan *Inpeksi Visual Asetat (IVA)*

      2) Pemeriksaan Pap smear

      3) Pemeriksaan Gula Darah Puasa

      4) Pemeriksaan Gula Darah Post Prandial

   c. Tarif pemeriksaan ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1.	Tarif Pemeriksaan IVA	Maksimal Rp 25.000,-
2.	Periksaan Pap Smear	Maksimal Rp125.000,-
3.	Pemeriksaan Gula Darah	Rp20.000,-

10. Pelayanan Darah

   a. Tarif darah disesuaikan dengan tarif yang diatur dimasing-masing daerah, maksimal Rp360.000,- perkantong *(bag).*

   b. Biaya pelayanan darah terdiri dari jasa, sarana dan darah per kantong darah. Biaya jasa dan bahan, alat medis habis pakai termasuk transfuse set yang digunakan dalam pelayanan transfuse darah sudah termasuk paket rawat inap di puskemas.

11. Pelayanan lain di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

   a.Pelayanan lain di FKTP yang di jamin oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA

   b.Tarif pelayanan terapi krio adalah Rp150.000,-

   c.Pelayanan terapi krio diberikan kepada peserta yang telah teridentifikasi positive IVA berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang skrining kesehatan.

F. TATA CARA PEMBAYARAN KE PUSKESMAS

1. Pembayaran dana Kapitasi dan Non Kapitasi dari BPJS kesehatan dilakukan langsung melalui rekening dana kapitasi JKN pada puskesmas dan diakui sebagai pendapatan.

2. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

   a. Biaya pelayanan RJTP dibayar dengan Kapitasi didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di puskesmas sesuai dengan data BPJS Kesehatan.

   b. Dalam hal dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, maka dana kapitasi digunakan pada tahun anggaran berikutnya.

   c. Ketentuan mutasi tambah kurang peserta

      1. Peserta lama yang melakukan penggantian FKTP.

         a) Apabila peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari FKTP ke FKTP lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada FKTP yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.

b) Peserta yang melakukan mutasi pada bulan berjalan tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di FKTP yang baru sampai dengan bulan berjalan selesai. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di FKTP yang baru pada bulan berikutnya.

2. Peserta baru
   a) Peserta yang baru masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
   b) Perhitungan kapitasi dengan penambahan peserta baru yang masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.

d. Pembayaran kapitasi kepada puskesmas dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan.

3. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Pembayaran dana non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di puskesmas dengan sistem klaim dilakukan secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;

b. Kelengkapan Berkas klaim umum yang diajukan meliputi :
   1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
   2) Soft copy data pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk fasilitas kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.
   3) Kuitansi asli bermaterai cukup
   4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
   5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

f. Klaim rawat inap tingkat pertama (RITP)
   1) Biaya pelayanan RITP dibayar dengan paket per hari rawat dengan besaran Rp100.000,- s.d Rp120.000,- per hari
   2) Pengajuan klaim RITP atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya diajukan secara kolektif setiap bulan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) kepada kantor cabang BPJS kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan administrasi klaim umum dengan kelengkapan lain sebagai berikut :
      a. Rekapitulasi pelayanan yang terdiri dari :
         - Nama penderita
         - Nomor identitas
         - Alamat dan nomor telepon pasien
         - Diagnosa penyakit
         - Tanggal masuk dan keluar perawatan
         - Jumlah hari rawat
         - Besaran tarif paket
         - Jumlah tagihan paket RITP (Besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat)
         - Jumlah seluruh tagihan.
      b. Berkas pendukung masing-masing pasien
         - Fotocopy kartu identitas peserta
         - Surat perintah rawat inap dari dokter
         - Bukti pelayanan ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga

4. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Prothesa Gigi

a. Pengajuan klaim prothesa gigi diajukan ke BPJS Kesehatan oleh puskesmas secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;

b. Adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :
   1) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai
   2) FPK rangkap 3 (tiga)
   3) Rekapitulasi pelayanan
      a) Nama penderita
      b) Nomor identitas
      c) Alamat dan nomor telepon pasien
      d) Diagnosa penyakit
      e) Jumlah gigi
      f) Besaran tarif
      g) Jumlah seluruh tagihan.
   4) Berkas pendukung masing-masing pasien
      a) Fotocopy kartu identitas peserta
      b) Resep gigi palsu dari dokter gigi yang mencantumkan jumlah dan lokasi gigi
      c) Bukti pelayanan ditandatangani oleh pasien atau anggota keluarga

4. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Ambulan

a. Pengajuan klaim ambulan diajukan ke BPJS Kesehatan oleh puskesmas secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;

b. Adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :
   1) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai cukup
   2) Form Pengajuan Klaim rangkap 3 (tiga)
   3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
   4) Berkas kelengkapan lain:
      a) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi pasien pada saat akan dirujuk
      b) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
      c) Bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang:
         - Identitas pasien
         - Waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari faskes perujuk dan jam tiba di faskes tujuan)
         - Fasilitas kesehatan perujuk
         - Fasilitas kesehatan tujuan rujukan
         - Tanda tangan dan stempel dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan

5. Tata cara pembayaran Klaim persalinan /maternal dan neonatal

a. Klaim persalinan diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor Operasional Kabupaten BPJS kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan sesuai administrasi klaim umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :
   1) Rekapitulasi pelayanan:
      a) Nama peserta
      b) Nomor Identitaspart
      c) Alamat dan telepon pasien
      d) Tanggal pelayanan
      e) GPA (Gravid, Partus, Abortus)

f) Jenis persalinan (tanpa penyulit/dengan penyulit)
g) Besaran tarif paket
h) Jumlah seluruh tagihan

2) Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari :
a) Salinan identitas peserta
b) Salinan lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberkan untuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan
c) Partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan untuk pertolongan persalinan
d) Surat keterangan kelahiran

b. Klaim ANC/PNC diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut :
a) Rekapitulasi pelayanan :
1. Nama peserta
2. Nomor identitas
3. Alamat dan no telepon pasien
4. Tangal pelayanan
5. GPA (Gravid, partus, abortus)
6. Jumlah seluruh tagihan
7. Besaran tarif paket
b) Salinan identitas peserta
c) Salinan lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan untuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan

6. Tata cara pembayaran klaim pelayanan KB
Klaim diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut :
a. Rekapitulasi pelayanan
1. Nama perserta
2. Nomor peserta
3. Alamat dan telepon pasien
4. Tanggal pelayanan
5. Jenis tindakan (pencabutan/pemasangan KB)
6. Jumlah seluruh tagihan
7. Keterangan dilakukan tindakan
8. Tandatangan pasien
9. Alasan dilakukan tindakan
b. Berkas pendukung masing-masing pasien
1. Salinan identitas peserta
2. Salinan lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan
3. Pelayanan nifas
4. Termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan

7. Tata cara klaim pelayanan darah
Klaim pelayanan darah diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan kabupaten secara kolektif setiap bulan melalui PMI atau UTD setempat dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :

a. Rekapitulasi pelayanan yang teridiri dari :
   1. Nama peserta
   2. Nomor identitas
   3. Alamat dan nomor telepon pasien
   4. Tanggal pelayanan
   5. Diagnose penyakit
   6. Jumlah darah perkantong yang dibutuhkan
   7. Besaran tariff paket
   8. Jumlah seluruh tagihan

b. Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari :
   1. Salinan identitas peserta
   2. Lembar permohonan darah dari dokter yang merawat

8. Tata cara klaim pelayanan pemeriksaan penunjang program rujuk balik
   Klaim dilakukan secara kolektif oleh faskes ke kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut:
   1. Rekap tagihan pelayanan laboratorium program rujuk balik
   2. Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium program rujuk balik oleh dokter
   3. hasil pemeriksaan laboratorium
   4. salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

9. Tata cara klaim pemeriksaan penunjang skrining kesehatan
   Klaim diajukan oleh laboratorium/fasilitas kesehatan kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut:
   1. Rekap tagihan pelayanan
   2. Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter
   3. Hasil pemeriksaan laboratorium
   4. Salinan identitas peserta BPJS kesehatan

10. Tata cara klaim pelayanan lain
    Klaim persalinan diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor Operasional Kabupaten BPJS kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan sesuai administrasi klaim umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :
    1. Rekap tagihan pelayanan
    2. Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter
    3. Salinan identitas peserta BPJS kesehatan

11. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
12. Pembayaran klaim pelayanan rawat inap termasuk pelayanan kebidanan, dan persalinan, pelayanan ambulan dan pelayanan prothesa gigi dilaksanakan selambat-lambatnya 15 (lima belas) hari kerja setelah berkas diterima lengkap.
13. Kadaluarsa klaim pelayanan rawat inap, pelayanan ambulan dan pelayanan prothesa gigi adalah 2 (dua) tahun terhitung sejak pelayanan diberikan.

G. PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI

1. Puskesmas membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA SKPD Dinas Kesehatan.
2. Dana kapitasi yang diterima puskesmas, 70% diantaranya digunakan untuk jasa pelayanan dan 30% untuk biaya operasional pelayanan kesehatan.

B. RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

   a. Administrasi pelayanan meliputi pendaftaran peserta dan penyediaan dan pemberian surat rujukan;

   b. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;

   c. Pelaksanaan prolanis dan home visit;

   d. Pelayanan promotif dan preventif, meliputi :

      1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
      2) Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus (DPT) dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak;
      3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana;
      4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
      5) Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan, yaitu Diabetes melitus tipe II, Hipertensi, Kanker leher rahim, Kanker payudara, dan Penyakit lain yang ditetapkan Menteri. Pelayanan skrining kesehatan tertentu merupakan pelayanan non-kapitasi.

   e. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama, berupa :

      1) Pemeriksaan darah sederhana (hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria);
      2) Pemeriksaan urin sederhana (warna, berat, jenis, kejernihan, ph, leukosit, eritrosit);
      3) Pemeriksaan feses sederhana (benzidin test, mikroskopik cacing);
      4) Pemeriksaan gula darah.
      5) Pemeriksaan IVA untuk kasus kanker payudara.
      6) Pemeriksaan gula darah dan IVA untuk kasus kanker payudara merupakan pelayanan non-kapitasi.

   f. Pelayanan kesehatan gigi berupa :

      1) Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
      2) Premedikasi;
      3) Kegawatdaruratan oro-dental;
      4) Pencabutan gigi sulung (topical, infiltrasi);
      5) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
      6) Obat pasca ektraksi;

   g. Pelayanan medis mencakup :

      1) Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
      2) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
      3) Kasus medis yang dapat diselesakan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
      4) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dirujuk.
      5) Kasus medis rujuk balik;
      6) Pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita;
      7) Rehabilitasi medik dasar.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
   a. Administrasi pelayanan meliputi pendaftaran peserta dan penyediaan dan pemberian surat rujukan;
   b. Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
   c. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
   d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan;
   e. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama;
   f. Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
   g. Tindakan medis kecil/sederhana oleh dokter ataupun paramedis;
   h. Persalinan pervaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;

3. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal
   a. Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan;
   b. Persalinan pervaginam normal
   c. Persalinan pervaginam dengan penyulit;
   d. Pelayanan tindakan paska persalinan;
   e. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
   f. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi;
   g. Pelayanan KB dan Penanganan komplikasi KB paska persalinan.

4. Pelayanan Alat Bantu Kesehatan

   Pelayanan alat bantu kesehatan yang dijamin adalah prothesa gigi yang diberikan kepada peserta yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis

5. Pelayanan Ambulan

   Pelayanan ambulans diberikan pada pelayanan ambulans darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan.

6. Pelayanan dan Penyediaan Obat di Puskesmas
   a. Pelayanan Obat
      1) Pelayanan obat dilakukan oleh apoteker di ruang farmasi;
      2) Apabila puskesmas tidak memiliki apoteker maka pelayanan obat dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian dengan pembinaan apoteker dari Dinas Kesehatan;
      3) Pelayanan obat mengacu pada daftar obat dalam Formularium Nasional.
   b. Penyediaan Obat
      1) Penyediaan obat menggunakan mekanisme *e-purchasing* berdasarkan e-katalog, bila terdapat kendala operasional dilakukan secara manual;
      2) Apabila jenis obat tidak tersedia di dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan lain sesuai dengan Undang-undang;

7. Pelayanan kesehatan yang Tidak Dijamin Program JKN
   a. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
   b. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
   c. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
   d. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
   e. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
   f. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
   g. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
   h. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan;
   i. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu;
   j. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
   k. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
   l. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah, yaitu cedera yang berhubungan dengan kelalaian penatalaksanaan medis termasuk kesalahan terapi dan diagnosis, ketidaklayakan alat dan lain-lain kecuali komplikasi penyakit terkait;
   m. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

C. JENJANG DAN WILAYAH RUJUKAN MEDIS/SPESIMEN

1. Jenjang Rujukan
   a. Faskes Tingkat I sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I adalah :
      1) Puskesmas dan jaringannya
      2) Puskesmas mampu PONED
   b. Faskes Tingkat II/Spesialistik sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat II adalah rumah sakit umum daerah atau rumah sakit swasta;
   c. Faskes Tingkat III/Sub Spesialistik sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat III adalah :
      1) Rumah Sakit Nasional meliputi :
         a) Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta
         b) Rumah Sakit Umum Pusat Muhammad Husein Palembang.
      2) Rumah Sakit Provinsi meliputi :
         a) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung
         b) Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro
         c) Rumah Sakit Jiwa Provinsi
      3) Balai laboratorium Kesehatan Provinsi

2. Wilayah Cakupan Rujukan Medis/Spesimen

a. Wilayah cakupan rujukan FKTP

1) Wilayah Cakupan Rujukan 1 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Liwa, meliputi Puskesmas Lombok, Puskesmas Buay Nyerupa, Puskesmas Batu Brak, Puskesmas Kenali dan Puskesmas Bandar Negeri Suoh

2) Wilayah Cakupan Rujukan 2 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Srimulyo, meliputi Puskesmas Bandar Negeri Suoh

3) Wilayah Cakupan Rujukan 3 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Fajar Bulan, meliputi Puskesmas Sekincau, Puskesmas Pagar Dewa dan Puskesmas Bungin.

4) Wilayah Cakupan Rujukan 4 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Sumber Jaya, meliputi Puskesmas Bungin dan Puskesmas Kebun Tebu

b. Rujukan tertinggi di Kabupaten Lampung Barat adalah RSUD Liwa

c. Wilayah cakupan rujukan provinsi :

1) Rumah sakit sebagai rujukan tertinggi provinsi wilayah 3 adalah RSUD Pringsewu.

2) Rumah sakit sebagai rujukan tertinggi provinsi wilayah 5 adalah RSUD Ryacudu.

d. Rujukan tertinggi di Provinsi Lampung adalah :

1) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung

2) Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro

3) Rumah Sakit Jiwa Provinsi

4) Balai laboratorium Kesehatan Provinsi

e. Wilayah cakupan rujukan nasional terdiri dari RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan RSUP Muhammad Husein Palembang.

D. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

a. Setiap peserta harus terdaftar pada puskesmas yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memperoleh pelayanan;

b. Peserta menunjukan kartu yang mempunyai nomor identitas peserta JKN;

c. Puskesmas melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;

d. Puskesmas melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/ pemberian tindakan/obat;

e. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh puskesmas;

f. Puskesmas melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan;

g. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka puskesmas akan memberikan surat rujukan ke Rumah Sakit tipe C yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku;

h. Surat rujukan berlaku untuk periode maksimal 1 (satu) bulan sejak tanggal rujukan diterbitkan. Surat rujukan disediakan oleh puskesmas dengan format sesuai ketentuan;

i. Puskesmas wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi Primary Care (P-Care) pelayanan FKTP.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Peserta datang ke puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap;

b. Faskes dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari FKTP rawat jalan lain;

c. Peserta menunjukan kartu yang mempunyai nomor identitas peserta JKN;

d. Puskesmas melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;

e. Puskesmas melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP);

f. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakanoleh puskesmas;

g. Puskesmas melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan dan wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi p-care pelayanan FKTP;

h. Peserta dapat dirujuk ke Rumah Sakit tipe C berdasarkan indikasi medis diperlukan.

3. Pelayanan Kegawatdaruratan (*Emergency*):

a. Pada keadaan kegawatdaruratan (*emergency*), seluruh puskesmas wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta JKN;

b. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.

E. BESARAN TARIF

1. Tarif Kapitasi

Besarnya tarif kapitasi tergantung nilai kredensialing puskesmas yang memperhitungkan jenis tenaga dan pelayanan yang diberikan puskesmas.

Tarif Kapitasi diberlakukan pada puskesmas yang melakukan pelayanan :

a. administrasi pelayanan;

b. pelayanan promotif dan preventif;

c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;

d. tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;

e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, termasuk pil dan kondom untuk pelayanan Keluarga Berencana;

f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.

2. Tarif Non Kapitasi

Tarif Non Kapitasi diberlakukan pada puskesmas yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi yang meliputi:

a. Rawat inap tingkat pertama;

b. Pelayanan prothesa gigi;

c. Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal termasuk pelayanan KB
d. pelayanan obat rujuk balik;
e. pelayanan ambulan;
f. pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik;
g. Pelayanan Skrining Kesehatan;
h. Pelayanan darah;
i. Pelayanan lain di Fasilitas Kesehatan ;

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

Tarif rawat inap di puskesmas diberlakukan dalam bentuk paket,ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Rawat Inap di Puskesmas	120.000 per hari

4. Pelayanan Prothesa Gigi
   a. Diberikan kepada peserta yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis dan atas rekomendasi dari dokter gigi;
   b. Protesa gigi/gigi palsu merupakan pelayanan tambahan/suplemen dengan limitasi/plafon/pembatasan yang diberikan kepada peserta ;
   c. Penjaminan pelayanan protesa gigi diberikan atas rekomendasi dokter gigi;
   d. Tarif pelayanan prothesa gigi ditetapkan sebagai berikut :

Alat Kesehatan	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
Protesa Gigi	Maksimal Rp 1.000.000,-	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama
		2. full protesa gigi maksimal Rp 1.000.000,-
		3. Masing-masing rahang maksimal Rp500.000,- (ket : pembayaran protesa gigi maksimal 16 gigi sebesar Rp 500.000,-

5. Jasa Pelayanan Kebidanan dan Neonatal termasuk KB
   a. Pemeriksaan ANC sekurang-kurangnya dilakukan 4 kali, dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester pertama kehamilan, 1 kali pada trimester kedua kehamilan, dan 2 kali pada trimester ketiga kehamilan.
   b. Pemeriksaan ANC berupa pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkar lengan atas, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan denyut jantung janin dan posisi janin, skrining status dan pemberian imunisasi tetanus toksoid, pemberian tablet tambah darah dan asam folat, serta temu wicara.

c. Pemeriksaan ANC berupa pemeriksaan laboratorium rutin meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil wajib dilakukan oleh pemberi pelayanan antenatal yang memiliki alat pemeriksaan laboratorium tersebut.

d. Tarif pemeriksaan ANC merupakan tarif paket untuk pelayanan ANC paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan dalam masa kehamilannya sebesar Rp 200.000,- dan tidak dapat dipecah-pecah menjadi per pemeriksaan;

e. Pemeriksaan PNC/neonatus sesuai standar dilaksanakan dengan *2 kali* kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua, 1 kali kunjungan neonatus ketiga serta 1 kali kunjungan ibu nifas ke tiga sebesar Rp 25.000,- untuk tiap kunjungan dan diberikan kepada pemberi pelayanan yang pertama dalam kurun waktu kunjungan;

f. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali pelayanan ibu nifas dan 3 (tiga) kali pelayanan neonatal. yaitu :
   1) Kunjungan pertama untuk Kf1 dan KN1 (6 jam s/d hari ke-2)
   2) Kunjungan kedua untuk KN2 (hari ke-3 s/d hari ke-7)
   3) Kunjungan ketiga untuk Kf2 dan KN3 (hari ke-8 s/d hari ke-28)
   4) Kunjungan keempat untuk Kf3 (hari ke-29 s/d hari ke-42)

g. Pertolongan persalinan normal;

h. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED meliputi penatalaksanaan untuk mengatasi kegawatdaruratan medik, perdarahan pada kehamilan muda (abortus), preeklamsia, eklamsia, dan persalinan macet (distosia).

i. Tarif persalinan adalah tarif paket persalinan termasuk pembayaran jasa medis dan akomodasi pasien maksimum 24 jam persalinan;

j. Pelayanan ibu nifas meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu; pemeriksaan tinggi fundus uteri; pemeriksaan lokhia dan pengeluaran pervaginam lainnya; pemeriksaan payudara dan dukungan pemberian ASI Eksklusif; pemberian vitamin A; pelayanan KB pasca persalinan; konseling dan edukasi perawatan kesehatan; serta penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada ibu nifas.

k. Pelayanan neonatal meliputi pelayanan neonatus dengan menggunakan Form Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), memastikan pemberian vitamin K1, salep mata antibiotika dan imunisasi hepatitis B0, perawatan tali pusat serta konseling terkait dengan pemberian ASI Eksklusif, perawatan tali pusat, deteksi dini tanda bahaya dan pencegahan infeksi.

l. Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED meliputi penatalaksanaan untuk mengatasi kegawatdaruratan medik, perdarahan pasca persalinan, preeklamsi, eklamsi, dan infeksi nifas.

m. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal dilaksanakan di puskesmas PONED.

n. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal meliputi:
   1) Tindakan untuk menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi, dan sirkulasi;
   2) Tindakan untuk menghentikan sumber perdarahan atau infeksi;
   3) Tindakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang;
   4) Tindakan untuk mengatasi rasa nyeri atau gelisah; dan/atau
   5) Tindakan pemberian obat/medikamentosa sesuai indikasi.

o. Pelayanan KB pasca persalinan dilakukan hingga 42 hari pasca persalinan.

p. Penanganan komplikasi KB pasca persalinan.

q. Alat kontrasepsi disediakan oleh Badan Koordinasi Keluarga Nasional;

r. Khusus pelayanan KB MOP/Vasektomi dapat diberikan pada FKTP yang ditujukan berdasarkan rekomendasi Dinas Kesehatan dengan mempertimbangkan kompetensi tenaga kesehatan dan kelengkapan sarana dan prasarana faskes;

s. Tarif jasa pelayanan kebidanan dan *neonatal* ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan`	Tarif (Rp)
1	Pemeriksaan ANC (4 kali pemeriksaan) Trimester I : 1 kali Trimester II : 1 kali Trimester III : 2 kali	200.000
2	Persalinan pervaginam normal	600.000
3	Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned	750.000
4	Pemeriksaan PNC - 1 kali KF1-KN1 - 1 kali KF2-KN2 - 1 kali KF3 - 1 kali KN3	25.000 per Kunjungan
5	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned	175.000
6	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal	125.000
7	Pelayanan KB - Pemasangan atau pencabutan IUD/Implant - Suntik (setiap kali suntik) - Penanganan komplikasi KB pasca persalinan - Pelayanan KB MOP/Vasektomi	 100.000 15.000 125.000 350.000

6. Pelayanan ambulan

a. Pelayanan ambulan berupa kendaraan darat maupun air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau menjaga kestabilan kondisi pasien dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.

b. Biaya pelayanan ambulan perpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 3 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum ditambah biaya BBM per 7 (tujuh) kilometer;

c. Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk rujukan antar faskes:

1) Antar FKTP (contoh: dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap atau dari Pustu ke Puskesmas Kecamatan);

2) Dari FKTP ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL);

3) Antar FKRTL sekunder (contoh dari Rumah Sakit tipe D ke tipe C);

4) Dari FKKRTL sekunder ke tersier;

5) Antar FKRTL tersier;

6) Rujukan balik ke Fasilitas Kesehatan dengan tipe di bawahnya.

d. Pelayanan ambulan yang tidak dijamin antara lain :

1) Jemput pasien dari selain Faskes (rumah, jalan, lokasi lain);
2) Mengantar pasien ke selain faskes;
3) Rujukan farsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan yang merupakan rangkaian perawatan pasien disalah satu faskes);
4) Ambulan/mobil jenazah; dan
5) Pasien rujuk balik rawat jalan.

e. Tarif pelayanan ambulan ditetapkan sebagai berikut :

1) Tujuan RSUD Liwa

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Biaya Operasional	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Jumlah
					Sopir	Perawat	
1	Sumberjaya	67	93.750	56.250	90.000	135.000	375.000
2	Kebun Tebu	70	97.500	58.500	94.000	140.000	390.000
3	Bungin	86	117.500	70.500	113.000	169.000	470.000
4	Fajar Bulan	54	77.000	46.500	75.000	111.000	309.000
5	Sekincau	46	67.500	40.500	64.800	97.200	270.000
6	Pagar Dewa	60	325.000	51.000	65.000	97.000	538.000
7	Bandar Negeri Suoh	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
8	Srimulyo	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
9	Kenali	26	42.500	25.500	40.800	61.200	170.000
10	Batu Brak	16	30.000	18.000	28.800	43.200	120.000
11	Liwa	4	12.500	7.500	12.000	18.000	50.000
12	Buay Nyerupa	32	50.000	30.000	48.000	72.000	200.000
13	Lombok	41	61.000	37.000	58.800	88.200	245.000

2) Tujuan RSUD Mayjend Ryacudu, RS Handayani dan RS Hi. M. Yusuf

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Biaya BBM per 7 KM	Jumlah
				Sopir	Perawat		
1	Sumberjaya	112	331.000	86.200	107.900	104.000	629.100
2	Kebun Tebu	137	406.000	101.200	125.400	130.000	762.600
3	Bungin	214	637.000	147.400	179.300	201.500	1.165.200
4	Fajar Bulan	124	367.000	93.400	116.300	117.000	693.700
5	Sekincau	131	388.000	97.600	121.200	123.500	730.300
6	Pagar Dewa	124	367.000	93.400	116.300	117.000	693.700
7	Bandar Negeri Suoh	198	589.000	137.800	168.100	188.500	1.083.400
8	Srimulyo	198	589.000	137.800	168.100	188.500	1.083.400
9	Kenali	158	469.000	113.800	140.100	149.500	872.400
10	Batu Brak	170	505.000	121.000	148.500	162.500	937.000
11	Liwa	168	499.000	119.800	147.100	156.000	921.900
12	Buay Nyerupa	189	562.000	132.400	161.800	175.500	1.031.700
13	Lombok	196	583.000	136.600	166.700	182.000	1.068.300

7. Pelayanan obat rujuk balik

   a. Pelayanan obat rujuk balik diberikan oleh ruang farmasi puskesmas.

   b. Dalam hal ruang farmasi puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat rujuk balik, maka pelayanan obat rujuk balik disediakan oleh apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

   c. Obat rujuk balik diberikan untuk penyakit Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Epilepsi, Gangguan Kesehatan Jiwa Kronik, Stroke, dan Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

   d. Peresepan obat program rujuk balik harus sesuai dengan obat rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional.

   e. Harga Obat Program Rujuk Balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *E-Catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian.

   f. Besarnya biaya pelayanan kefarmasian adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali Harga Dasar Obat sesuai *E-Catalogue.*

   g. Faktor pelayanan kefarmasian adalah sebagai berikut :

No	Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan
1	< Rp.50.000,-	0,28
2	Rp.50.000,- sampai dengan Rp.250.000,-	0,26
3	Rp.250.000,- sampai dengan Rp.500.000,-	0,21
4	Rp.500.000,- sampai dengan Rp.1.000.000,-	0,16
5	Rp.1.000.000,- sampai dengan Rp.5.000.000,-	0,11
6	Rp.5.000.000,- sampai dengan Rp.10.000.000,-	0,09
7	≥ Rp.10.000.000,-	0,07

8. Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik

   a. Pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di puskesmas terdiri dari Pemeriksaan gula darah sewaktu, Pemeriksaan gula darah puasa (GDP), dan Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP).

   b. Pemeriksaan penunjang rujuk balik dilakukan untuk satu bulan satu kali.

   c. Dalam keadaan tertentu, pemeriksaan gula darah sewaktu dilakukan sesuai indikasi medis.

   d. Tarif pemeriksaan darah ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Pemeriksaan gula darah sewaktu, Pemeriksaan gula darah puasa (GDP), Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP).	Rp20.000

9. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Skrining Kesehatan

a. Pelayanan pemeriksaan penunjang diberikan kepada pesertayang telah mendapatkan analisis riwayat kesehatan dengan hasil teridentifikasi mempunyai risiko penyakit tertentu ;

b. Pelayanan pemeriksaan penunjang skrining kesehatan yang dijamin adalah :

1) Pemeriksaan *Inpeksi Visual Asetat (IVA)*

2) Pemeriksaan Pap smear

3) Pemeriksaan Gula Darah Puasa

4) Pemeriksaan Gula Darah Post Prandial

c. Tarif pemeriksaan ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1.	Tarif Pemeriksaan IVA	Maksimal Rp 25.000,-
2.	Periksaan Pap Smear	Maksimal Rp125.000,-
3.	Pemeriksaan Gula Darah	Rp20.000,-

10. Pelayanan Darah

a. Tarif darah disesuaikan dengan tarif yang diatur dimasing-masing daerah, maksimal Rp360.000,- perkantong *(bag).*

b. Biaya pelayanan darah terdiri dari jasa, sarana dan darah per kantong darah. Biaya jasa dan bahan, alat medis habis pakai termasuk transfuse set yang digunakan dalam pelayanan transfuse darah sudah termasuk paket rawat inap di puskemas.

11. Pelayanan lain di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

a. Pelayanan lain di FKTP yang di jamin oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA

b. Tarif pelayanan terapi krio adalah Rp150.000,-

c. Pelayanan terapi krio diberikan kepada peserta yang telah teridentifikasi positive IVA berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang skrining kesehatan.

F. TATA CARA PEMBAYARAN KE PUSKESMAS

1. Pembayaran dana Kapitasi dan Non Kapitasi dari BPJS kesehatan dilakukan langsung melalui rekening dana kapitasi JKN pada puskesmas dan diakui sebagai pendapatan.

2. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

a. Biaya pelayanan RJTP dibayar dengan Kapitasi didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di puskesmas sesuai dengan data BPJS Kesehatan.

b. Dalam hal dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, maka dana kapitasi digunakan pada tahun anggaran berikutnya.

c. Ketentuan mutasi tambah kurang peserta

1. Peserta lama yang melakukan penggantian FKTP.

a) Apabila peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari FKTP ke FKTP lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada FKTP yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.

b) Peserta yang melakukan mutasi pada bulan berjalan tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di FKTP yang baru sampai dengan bulan berjalan selesai. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di FKTP yang baru pada bulan berikutnya.

2. Peserta baru
   a) Peserta yang baru masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
   b) Perhitungan kapitasi dengan penambahan peserta baru yang masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.

d. Pembayaran kapitasi kepada puskesmas dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan.

3. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Pembayaran dana non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di puskesmas dengan sistem klaim dilakukan secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;

b. Kelengkapan Berkas klaim umum yang diajukan meliputi :
   1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
   2) Soft copy data pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk fasilitas kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.
   3) Kuitansi asli bermaterai cukup
   4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
   5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

f. Klaim rawat inap tingkat pertama (RITP)
   1) Biaya pelayanan RITP dibayar dengan paket per hari rawat dengan besaran Rp100.000,- s.d Rp120.000,- per hari
   2) Pengajuan klaim RITP atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya diajukan secara kolektif setiap bulan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) kepada kantor cabang BPJS kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan administrasi klaim umum dengan kelengkapan lain sebagai berikut :
      a. Rekapitulasi pelayanan yang terdiri dari :
         - Nama penderita
         - Nomor identitas
         - Alamat dan nomor telepon pasien
         - Diagnosa penyakit
         - Tanggal masuk dan keluar perawatan
         - Jumlah hari rawat
         - Besaran tarif paket
         - Jumlah tagihan paket RITP (Besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat)
         - Jumlah seluruh tagihan.

      b. Berkas pendukung masing-masing pasien
         - Fotocopy kartu identitas peserta
         - Surat perintah rawat inap dari dokter
         - Bukti pelayanan ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga

4. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Prothesa Gigi

a. Pengajuan klaim prothesa gigi diajukan ke BPJS Kesehatan oleh puskesmas secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;

b. Adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :
   1) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai
   2) FPK rangkap 3 (tiga)
   3) Rekapitulasi pelayanan
      a) Nama penderita
      b) Nomor identitas
      c) Alamat dan nomor telepon pasien
      d) Diagnosa penyakit
      e) Jumlah gigi
      f) Besaran tarif
      g) Jumlah seluruh tagihan.
   4) Berkas pendukung masing-masing pasien
      a) Fotocopy kartu identitas peserta
      b) Resep gigi palsu dari dokter gigi yang mencantumkan jumlah dan lokasi gigi
      c) Bukti pelayanan ditandatangani oleh pasien atau anggota keluarga

4. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Ambulan

a. Pengajuan klaim ambulan diajukan ke BPJS Kesehatan oleh puskesmas secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;

b. Adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :
   1) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai cukup
   2) Form Pengajuan Klaim rangkap 3 (tiga)
   3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
   4) Berkas kelengkapan lain:
      a) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi pasien pada saat akan dirujuk
      b) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
      c) Bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang:
         - Identitas pasien
         - Waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari faskes perujuk dan jam tiba di faskes tujuan)
         - Fasilitas kesehatan perujuk
         - Fasilitas kesehatan tujuan rujukan
         - Tanda tangan dan stempel dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan

5. Tata cara pembayaran Klaim persalinan /maternal dan neonatal

a. Klaim persalinan diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor Operasional Kabupaten BPJS kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan sesuai administrasi klaim umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :
   1) Rekapitulasi pelayanan:
      a) Nama peserta
      b) Nomor Identitaspart
      c) Alamat dan telepon pasien
      d) Tanggal pelayanan
      e) GPA (Gravid, Partus, Abortus)

f) Jenis persalinan (tanpa penyulit/dengan penyulit)
g) Besaran tarif paket
h) Jumlah seluruh tagihan

2) Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari :
a) Salinan identitas peserta
b) Salinan lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberkan untuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan
c) Partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan untuk pertolongan persalinan
d) Surat keterangan kelahiran

b. Klaim ANC/PNC diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut :
a) Rekapitulasi pelayanan :
1. Nama peserta
2. Nomor identitas
3. Alamat dan no telepon pasien
4. Tangal pelayanan
5. GPA (Gravid, partus, abortus)
6. Jumlah seluruh tagihan
7. Besaran tarif paket
b) Salinan identitas peserta
c) Salinan lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan untuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan

6. Tata cara pembayaran klaim pelayanan KB
Klaim diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut :
a. Rekapitulasi pelayanan
1. Nama perserta
2. Nomor peserta
3. Alamat dan telepon pasien
4. Tanggal pelayanan
5. Jenis tindakan (pencabutan/pemasangan KB)
6. Jumlah seluruh tagihan
7. Keterangan dilakukan tindakan
8. Tandatangan pasien
9. Alasan dilakukan tindakan
b. Berkas pendukung masing-masing pasien
1. Salinan identitas peserta
2. Salinan lembar pelayanan pada buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan
3. Pelayanan nifas
4. Termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan

7. Tata cara klaim pelayanan darah
Klaim pelayanan darah diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan kabupaten secara kolektif setiap bulan melalui PMI atau UTD setempat dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :

a. Rekapitulasi pelayanan yang teridiri dari :
   1. Nama peserta
   2. Nomor identitas
   3. Alamat dan nomor telepon pasien
   4. Tanggal pelayanan
   5. Diagnose penyakit
   6. Jumlah darah perkantong yang dibutuhkan
   7. Besaran tariff paket
   8. Jumlah seluruh tagihan
b. Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari :
   1. Salinan identitas peserta
   2. Lembar permohonan darah dari dokter yang merawat

8. Tata cara klaim pelayanan pemeriksaan penunjang program rujuk balik
   Klaim dilakukan secara kolektif oleh faskes ke kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut:
   1. Rekap tagihan pelayanan laboratorium program rujuk balik
   2. Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium program rujuk balik oleh dokter
   3. hasil pemeriksaan laboratorium
   4. salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

9. Tata cara klaim pemeriksaan penunjang skrining kesehatan
   Klaim diajukan oleh laboratorium/fasilitas kesehatan kantor cabang/kantor operasional BPJS kesehatan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut:
   1. Rekap tagihan pelayanan
   2. Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter
   3. Hasil pemeriksaan laboratorium
   4. Salinan identitas peserta BPJS kesehatan

10. Tata cara klaim pelayanan lain
    Klaim persalinan diajukan secara kolektif setiap bulan kepada kantor Operasional Kabupaten BPJS kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan sesuai administrasi klaim umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :
    1. Rekap tagihan pelayanan
    2. Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter
    3. Salinan identitas peserta BPJS kesehatan

11. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
12. Pembayaran klaim pelayanan rawat inap termasuk pelayanan kebidanan, dan persalinan, pelayanan ambulan dan pelayanan prothesa gigi dilaksanakan selambat-lambatnya 15 (lima belas) hari kerja setelah berkas diterima lengkap.
13. Kadaluarsa klaim pelayanan rawat inap, pelayanan ambulan dan pelayanan prothesa gigi adalah 2 (dua) tahun terhitung sejak pelayanan diberikan.

G. PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI

1. Puskesmas membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA SKPD Dinas Kesehatan.
2. Dana kapitasi yang diterima puskesmas, 70% diantaranya digunakan untuk jasa pelayanan dan 30% untuk biaya operasional pelayanan kesehatan.

3. Jasa pelayanan kesehatan

a. Dana kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan di puskesmas;

b. Pembagian jasa pelayanan ditetapkan dengan menggunakan variabel Jenis Ketenagaan dan/atau Jabatan, variabel Kehadiran, variabel Kinerja, variabel Status Kepegawaian, dan variabel Masa Kerja.

c. Variabel jenis ketenagaan dan/atau jabatan dinilai sebegai berikut :
   1) Tenaga medis (dokter umum dan dokter gigi) diberi nilai 150
   2) Tenaga apoteker atau tenaga profesi keperawatan (Ners) diberi nilai 100
   3) Tenaga kesehatan setara S1/D4 diberi nilai 60
   4) Tenaga non kesehatan setara D3, tenaga kesehatan D3 atau tenaga kesehatan dibawah D3 dengan masa kerja lebih 10 tahun diberi nilai 40
   5) Tenaga kesehatan dibawah D3 diberi nilai 25, dan
   6) Tenaga non kesehatan dibawah D3 diberi nilai 15
   7) Tenaga kesehatan yang merangkap tugas administratif sebagai Kepala puskesmas, Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Bendahara JKN diberi tambahan nilai 30.

d. Variabel kehadiran dinilai sebagai berikut :
   1) Hadir setiap hari kerja diberi poin 1 per hari
   2) Terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam dikurangi 1 nilai
   3) Ketidakhadiran karena sakit dan/atau penugasan ke luar Puskesmas dikecualikan dalam penilaian kehadiran.
   4) Ketidakhadiran karena izin, cuti atau tanpa keterangan dikurangi poin dengan perhitungan jumlah hari tidak masuk kerja dikalikan jumlah poin tenaga perorang di bagi hari kerja pada bulan berjalan.

e. Variabel Kinerja dinilai sebagai berikut :
   1) Staf yang memegang 1 program/pelayanan diberikan nilai 10.
   2) Staf yang memegang lebih dari 1 program/pelayanan, maka setiap tambahan program/pelayanan diberikan nilai 5.
   3) Kepala puskesmas diberikan tambahan nilai 100.
   4) Kepala Subbag TU dan Bendahara JKN diberikan tambahan nilai 50.

f. Variabel Status Kepegawaian dinilai sebagai berikut :
   1) PNS diberikan nilai 50.
   2) CPNS atau PTT diberikan nilai 20.

g. Variabel Masa Kerja dinilai sebagai berikut :
   1) PNS masa kerja 0 tahun-5 tahun diberikan nilai 30.
   2) PNS masa kerja 5 tahun 1 hari -10 tahun diberikan nilai 40.
   3) PNS masa kerja lebih dari 10 tahun diberikan nilai 50.

h. Jumlah jasa pelayanan kesehatan yang diterima oleh masing-masing tenaga kesehatan dihitung dari Jumlah Nilai Tenaga dibagi Jumlah Nilai Total dikali Total Jasa Pelayanan.
   1) Jumlah Nilai Perorangan adalah jumlah seluruh poin ketenagaan, poin kehadiran, poin kinerja, poin status kepegawaian dan poin masa kerja
   2) Jumlah Nilai Total adalah penjumlahan seluruh Jumlah Nilai perorangan.
   3) Total Jasa Pelayanan adalah 70% dana kapitasi yang diterima puskesmas

4. Biaya operasional pelayanan kesehatan

b. Kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya berupa :

1) Upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif lainnya dalam bentuk :
   a) Senam bersama atau jalan sehat
   b) Pembersihan lingkungan, seperti pemberantasan sarang nyamuk
   c) Penyuluhan perorangan
   d) Pemeriksan fisik
   e) Pemeliharaan alat kesehatan

   Dana digunakan untuk :
   a) Biaya konsumsi narasumber dan atau peserta
   b) Honorarium narasumber
   c) Fotokopi bahan
   d) Transport perjalanan narasumber dan atau peserta
   e) Service ringan alat kesehatan.

2) Kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan.
   Dana digunakan untuk :
   a) Transport perjalanan
   b) Uang harian

3) Perjalanan Dinas Luar Daerah, digunakan untuk study pembelajaran, kursus singkat dan pelatihan. Dana digunakan untuk :
   a) Transport perjalanan
   b) Biaya penginapan
   c) Uang harian

4) Biaya peningkatan kapasitas petugas berupa kursus singkat/pelatihan. Dana digunakan untuk :
   a) Biaya yang harus dibayarkan ke tempat kursus/pelatihan

5) Operasional untuk puskesmas keliling. Dana digunakan untuk :
   a) Service ringan.
   b) Penggantian suku cadang, ban, pelumas, oli gardan dan oli perseneling.
   c) Pembelian accu
   d) Pembelian Bahan Bakar Minyak (BBM)

6) Belanja bahan cetak dan alat tulis kantor. Dana digunakan untuk :
   a) Cetak baliho, spanduk, x-banner, brosur dan booklet
   b) Cetak form register, form rujukan, kertas resep, keterangan sakit, keterangan sehat dan atau surat keterangan lain sesuai kebutuhan.
   c) Pembelian ATK

7) Pengadaan Alat Rumah Tangga dan Peralatan Dapur Puskesmas
   a) Meubelair seperti kursi dan meja kerja ½ biro, lemari arsip, lemari obat, kursi dan meja rapat.
   b) Alat dapur keperluan penyuluhan gizi yaitu gelas, piring, sendok, garpu, mangkok, baskom, panci, kuali, termos, dispenser, kulkas, kompor gas, tabung gas.
   c) Linen seperti taplak meja, lap tangan, hordeng.
   d) Alat-alat studio seperti kamera, handycam, televisi, sound system.

e) Peralatan kebersihan dan bahan pembersih yaitu sapu, tempat sampah, serokan sampah, pel, sulak, selang air, pembersih lantai, pembersih kaca, pembersih barang pecah belah, ember, tisu, deterjen, dan lain-lain.
f) Alat listrik yaitu kabel listrik, lampu pijar, dan lain-lain.

8) Pengadaan Alat Kesehatan. Dana digunakan untuk :
a) Pengadaan alat-alat kedokteran umum, kedokteran gigi, farmasi, kebidanan dan pelayanan KB.
b) Pengadaan alat penyimpan vaksin yaitu cool box/vaccine carrier, kulkas vaksin.
c) Pengadaan alat penghancur bahan medis yaitu incinerator dan penghancur jarum suntik.

9) Administrasi Keuangan. Dana digunakan untuk :
a) Transport dan uang harian petugas ke Bank dan Dinas Kesehatan.
b) Pengadaan brankas.
c) Pembelian materai, ATK dan bahan administrasi keuangan
d) Fotokopi bahan dan Surat Pertanggungjawaban (SPJ).

10) Sistem Informasi. Dana digunakan untuk :
a) Pengadaan PC computer, notebook/laptop, printer dan UPS
b) Pengadaan LCD.
c) Pengadaan software dan jaringan internet.
d) Pengadaan tempat pemasangan informasi kesehatan.
e) Biaya operasional software dan internet
f) Pemeliharaan peralatan sistem informasi.

5. Biaya perjalanan dinas

a. Biaya perjalanan dinas petugas kesehatan dari puskesmas ke kabupaten dan ke pekon ataupun sebaliknya berpedoman pada Peraturan Bupati Lampung Barat Nomor 10 Tahun 2013 tentang Biaya Perjalanan Dinas Bagi Pejabat Daerah dan Pegawai Negeri Sipil Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lampung Barat.

b. Biaya perjalanan dinas untuk Puskesmas terdiri dari :

1. Uang harian yang meliputi uang makan, uang saku dan transport local
2. Biaya transport

Dan untuk Puskesmas sangat terpencil (Puskesmas Suoh, Bandar Negeri Suoh dan Pagar Dewa) dapat ditambahkan biaya penginapan apabila menginap.

c. Biaya transport yang ditetapkan adalah transport dengan kendaraan umum (angkutan umum, ojek, dan sebagainya), sedangkan biaya dengan kendaraan dinas (mobil dan sepeda motor) sesuai dengan jumlah BBM yang diperlukan.

b. Adapun besaran transport dari puskesmas ke kabupaten dan ke pekon ataupun sebaliknya dengan kendaraan umum (mobil angkutan, ojek, dsb) dan BBM kendaraan dinas besarannya sesuai dengan pengeluaran rill, disertai dengan bukti pengeluaran yang dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun besaran biaya perjalanan dinas untuk Puskesmas sebagai berikut :

NO	ESSELON, PANGKAT/GOL	UANG HARIAN	PENGINAPAN
1.	Esselon III/Gol IV	150.000,-	250.000,-
2.	Esselon IV/Gol III	100.000,-	200.000,-
3.	PNS Gol II dan I	75.000,-	150.000,-

H. PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI

1. Dana non kapitasi puskesmas pada rawat inap dimanfaatkan untuk :

No	Jenis Pelayanan	Jasa Puskesmas	Jasa Rekam Medis	Jasa Pelayanan Medis	Jasa Pelayanan Gizi	Bahan Makanan	Jumlah
1	Rawat Inap	18.000	5.000	30.000	12.000	55.000	120.000

Penggunaan dana

a. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 6.
b. Jasa rekam medis digunakan untuk pembayaran jasa petugas rekam medis yang ditugaskan pada pelayanan rawat inap dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;
c. Jasa pelayanan medis digunakan untuk pembayaran jasa petugas pelayanan medis yaitu dokter, perawat, dan petugas kesehatan yang ditugaskan pada pelayanan rawat inap dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;
d. Jasa pelayanan gizi digunakan untuk pembayaran jasa petugas gizi yang ditugaskan pada pelayanan rawat inap dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;
e. Bahan makanan digunakan untuk pengadaan konsumsi pasien selama satu hari.

2. Dana non kapitasi pada pelayanan kebidanan dan neonatal pada puskesmas dimanfaatkan untuk :

No	Jenis Pelayanan	Jasa Puskesmas	Rekam Medik	Jasa Pelayanan	Jumlah
1	Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned	112.000	75.000	563.000	750.000
2	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned	26.000	17.500	131.500	175.000
3	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan Neonatal	18.000	12.500	94.500	125.000
4	Pelayanan KB MOP/Vasektomi	52.500	35.000	262.500	350.000
5	Penanganan komplikasi KB pasca persalinan	18.000	12.500	94.500	125.000

Penggunaan dana

a. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 6.
b. Jasa rekam medis digunakan untuk pembayaran jasa petugas rekam medis yang ditugaskan pada pelayanan kebidanan dan neonatal dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;
c. Jasa pelayanan digunakan untuk pembayaran jasa petugas pelayanan yaitu dokter, perawat, bidan dan petugas kesehatan yang ditugaskan pada pelayanan kebidanan dan neonatal dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;

3. Dana Non Kapitasi pelayanan kebidanan dan neonatal pada Bidan Desa dan Bidan Jaringan dimanfaatkan untuk jasa pelayanan bidan desa dan bidan jaringan.

4. Dana Non Kapitasi pelayanan penunjang dimanfaatkan untuk :

No	Jenis Pelayanan	Jasa Puskesmas	Rekam Medik	Jasa Pelayanan	Jumlah
1	Pemeriksaan Gula darah sewaktu, Gula darah puasa (GDP), Gula darah *Post Prandial* (GDPP)	3.000	2.000	15.000	20.000
2	Pemeriksaan IVA	4.000	3.000	18.000	25.000
3	Pap Smear	20.000	5.000	100.000	125.000

Penggunaan dana

a. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 6.
b. Jasa rekam medis digunakan untuk pembayaran jasa petugas rekam medis yang ditugaskan pada pelayanan penunjang dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;
c. Jasa pelayanan digunakan untuk pembayaran jasa petugas pelayanan yaitu petugas laboratorium yang ditugaskan pada pelayanan penunjang dengan aturan pembagian ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;

5. Pelayanan Ambulan

5.1 Tujuan ke RSUD Liwa

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Biaya Operasional	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Jumlah
					Sopir	Perawat	
1	Sumberjaya	67	93.750	56.250	90.000	135.000	375.000
2	Kebun Tebu	70	97.500	58.500	94.000	140.000	390.000
3	Bungin	86	117.500	70.500	113.000	169.000	470.000
4	Air Hitam						
5	Fajar Bulan	54	77.000	46.500	75.000	111.000	309.000
6	Sekincau	46	67.500	40.500	64.800	97.200	270.000
7	Pagar Dewa	60	325.000	51.000	65.000	97.000	538.000

8	Batu Ketulis						
9	Bandar Negeri Suoh	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
10	Srimulyo	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
11	Kenali	26	42.500	25.500	40.800	61.200	170.000
12	Batu Brak	16	30.000	18.000	28.800	43.200	120.000
13	Liwa	4	12.500	7.500	12.000	18.000	50.000
14	Buay Nyerupa	32	50.000	30.000	48.000	72.000	200.000
15	Lombok	41	61.000	37.000	58.800	88.200	245.000

Penggunaan dana

a. Jasa operasional digunakan untuk pembelian BBM untuk keperluan rujukan dan kepeluan operasional lainnya sepanjang untuk keperluan rujukan.
b. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 6.
c. Jasa pelayanan digunakan untuk pembayaran jasa sopir dan perawat yang melaksanakan tugas rujukan dari puskesmas ke RSUD Liwa.

5.2. Tujuan ke RSUD Mayjen Ryacudu, RS Handayani, dan RS M.Yusuf Kotabumi

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Biaya BBM per 7 KM	Jumlah
				Sopir	Perawat		
1	Sumberjaya	112	331.000	86.200	107.900	104.000	629.100
2	Kebun Tebu	137	406.000	101.200	125.400	130.000	762.600
3	Bungin	214	637.000	147.400	179.300	201.500	1.165.200
4	Air Hitam						
5	Fajar Bulan	124	367.000	93.400	116.300	117.000	693.700
6	Sekincau	131	388.000	97.600	121.200	123.500	730.300
7	Pagar Dewa	124	367.000	93.400	116.300	117.000	693.700
8	Batu ketulis						
9	Bandar Negeri Suoh	198	589.000	137.800	168.100	188.500	1.083.400
10	Srimulyo	198	589.000	137.800	168.100	188.500	1.083.400
11	Kenali	158	469.000	113.800	140.100	149.500	872.400
12	Batu Brak	170	505.000	121.000	148.500	162.500	937.000
13	Liwa	168	499.000	119.800	147.100	156.000	921.900
14	Buay Nyerupa	189	562.000	132.400	161.800	175.500	1.031.700
15	Lombok	196	583.000	136.600	166.700	182.000	1.068.300

Penggunaan dana

a. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 6.
b. Jasa pelayanan digunakan untuk pembayaran jasa sopir dan perawat yang melaksanakan tugas rujukan dari puskesmas ke RSUD tujuan;
c. Biaya BBM digunakan untuk pembelian BBM untuk keperluan rujukan.

5.3. Tujuan ke RSUD Pringsewu

No	Puskesmas	Jarak (KM)	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Biaya BBM per 7 KM	Jumlah
				Sopir	Perawat		
1	Bandar Negeri Suoh	112	331.000	86.200	107.900	104.000	629.100
2	Srimulyo	112	331.000	86.200	107.900	104.000	629.100

Penggunaan dana

a. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 6.
b. Jasa pelayanan digunakan untuk pembayaran jasa sopir dan perawat yang melaksanakan tugas rujukan dari puskesmas ke RSUD tujuan;
c. Biaya BBM digunakan untuk pembelian BBM untuk keperluan rujukan.

5.4. Rujukan antar Puskesmas

No	Puskesmas Asal	Puskesmas Tujuan	Jarak (KM)	Jasa Puskesmas	Jasa Pelayanan		Biaya BBM per 7 KM	Jumlah
					Sopir	Perawat		
1	Bungin	Sumberjaya	25	42.500	25.500	40.800	61.200	170.000
2	Bungin	Kebun Tebu	16	30.000	18.000	28.800	43.200	120.000
3	Air Hitam	Fajar Bulan						
4	Sekincau	Fajar Bulan	8	25.000	15.000	24.000	36.000	100.000
5	Pagardewa	Fajar Bulan	18	395.000	16.500	50.000	75.000	536.500
6	Sekincau	Batu Ketulis						
7	Pagardewa	Batu ketulis						
8	Bandar Negeri Suoh	Srimulyo	14	43.750	26.250	42.000	63.000	175.000
9	Kenali	Liwa	22	68.750	41.250	66.000	99.000	275.000
10	Kenali	Batu Ketulis						
11	Batu Brak	Liwa	12	37.500	22.500	36.000	54.000	150.000
12	Buay Nyerupa	Liwa	36	790.000	33.000	100.000	150.000	1.073.000
13	Lombok	Liwa	41	61.000	37.000	58.800	88.200	245.000

Penggunaan dana

a. Ketentuan Jasa Puskesmas ditetapkan tersendiri di poin 7.
b. Jasa pelayanan digunakan untuk pembayaran jasa sopir dan perawat yang melaksanakan tugas rujukan dari puskesmas ke RSUD tujuan;
c. Biaya BBM digunakan untuk pembelian BBM untuk keperluan rujukan.

6. Penggunaan Dana Jasa Puskesmas

Dana Jasa puskesmas digunakan untuk :

a. Pembelian tempat tidur/ranjang pasien ruangan rawat inap.
b. Pembelian kasur, bantal dan guling pasien ruangan rawat inap.

c. Pembelian meja, kursi, lemari di ruangan rawat inap
d. Pembelian linen sprai meja, sprai kasur, sprai bantal dan sprai guling, hordeng, lap tangan ruangan rawat inap.
e. Pembelian form rekam medis, alat tulis dan fotokopi ruangan rawat inap.
f. Alat dapur seperti gelas, piring, sendok, garpu, mangkok, panci, kuali, termos, dispenser, kulkas, kompor gas, tabung gas ruangan rawat inap.
g. Pembelian mesin cuci untuk keperluan laundry linen ruangan rawat inap

I. PELAKSANAAN DAN PENATAUSAHAAN

1. Untuk menyelenggarakan fungsi perbendaharaan dana kapitasi JKN, Bupati mengangkat Bendahara Dana Kapitasi JKN pada puskesmas atas usul Kepala Dinas Kesehatan melalui Kepala Dinas PPKAD.
2. Tata cara pencatatan dan penyampaian laporan realisasi pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagai berikut:
3. Bendahara Dana Kapitasi JKN mencatat pendapatan dan belanja pada buku kas dan menyampaikannya setiap bulan kepada Kepala puskesmas dengan melampirkan bukti-bukti pendapatan dan belanja yang sah paling lambat pada tanggal 2 bulan berikutnya untuk pengesahan oleh Kepala puskesmas;
4. Berdasarkan buku kas tersebut, Bendahara Dana Kapitasi JKN menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja puskesmas, selanjutnya Kepala puskesmas menyampaikan laporan tersebut dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab Kepala puskesmas setiap bulan kepada Kepala 4Dinas Kesehatan paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya.
5. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja Kepala puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) puskesmas setiap bulan kepada Dinas PPKAD untuk penerbitan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) FKTP oleh Dinas PPKAD selaku Bendaharan Umum Daerah (BUD).
6. Pejabat Penatausahaan Keuangan Dinas Kesehatan dan Dinas PPKAD selaku BUD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja puskesmas sesuai SP2B Puskesmas berpedoman pada peraturan perundang-undangan.
3. Kelengkapan SPJ dana kapitasi dan non kapitasi adalah sebagai berikut :
   a. Jasa pelayanan kesehatan
      1) Kuitansi induk
      2) Daftar penerimaan jasa pelayanan
      3) SK penerima jasa pelayanan
      4) Faktur pajak
   b. Belanja bahan (ATK, Konsumsi, barang modal, dll)
      1) Kuitansi induk
      2) Nota pembelian
      3) Faktur pajak
      4) Surat pemesanan (untuk belanja diluar konsumsi)
   c. Belanja honorarium
      1) Kuintasi induk
      2) Surat tugas
      3) Daftar hadir peserta
      4) Laporan kegiatan
      5) Faktur pajak

d. Belanja Perjalanan dinas
   1) Kuitansi induk
   2) Surat tugas
   3) SPPD
   4) Laporan perjalanan dinas
   5) Daftar penerimaan uang harian
   6) Blanko DOP
   7) Nota BBM/tiket/kwitansi ojek/daftar penerimaan transport
   8) Daftar pengeluaran riil (bila tidak dapat menunjukkan bukti transport)

J. PENANGANAN KELUHAN

1. Prinsip penanganan keluhan

   a. Obyektif yaitu penanganan keluhan harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.

   b. Responsif yaitu setiap permasalahan ditangani secara cepat dan tepat.

   c. Koordinatif yaitu penanganan keluhan dilaksanakan dengan kerjasama yang baik diantara terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.

   d. Efektif dan efisien yaitu penanganan keluhan dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu, dan biaya.

   e. Akuntabel yaitu proses penanganan keluhan dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku.

   f. Transparan yaitu penanganan keluhan dilakukan dengan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka.

2. Mekanisme Penanganan Keluhan

   Penanganan keluhan merupakan salah satu instrumen untuk menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan, baik yang bersifat administratif maupun bersifat medis. Permasalahan bisa terjadi antara Peserta dengan Puskesmas; atau antara BPJS Kesehatan dengan Puskesmas.

   a. Apabila terjadi masalah antara peserta dengan puskesmas atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan, maka peserta dapat mengajukan keluhan kepada puskesmas dan diselesaikan secara musyawarah. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu ke BPJS Kesehatan dan Tim Koordinasi Kabupaten selaku mediator.

   b. Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan puskemas maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Koordinasi Kabupaten dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan selaku mediator.

K. MONITORING DAN EVALUASI

1. untuk melaksanakan Monitoring dan Evaluasi (Monev) dibentuk Tim Monev Penyelenggaraan JKN di tingkat Kabupaten. Tim Monev dibentuk secara internal dan lintas program.

2. Pelaksanaan monev penyelenggaran pelayanan JKN mengacu pada pedoman monev penyelenggaraan pelayanan JKN.

L. PENGORGANISASIAN

1. Tim Koordinasi Kabupaten JKN, Penunjukan Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas, alokasi Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas ditetapkan dengan keputusan Bupati.
2. Tim Save Guarding JKN dan Tim Pengelola JKN di Kabupaten dan Puskesmas ditetapkan dengan (Keputusan Kepala Dinas Kesehatan).

M. PENUTUP

Dengan terbitnya Petunjuk Teknis ini diharapkan pengelolaan dana kapitasi dan non kapitasi di puskesmas dapat berjalan efektif, efisien, transparan dan akuntabel, sehingga pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya dapat lebih optimal dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Lampung Barat.

BUPATI LAMPUNG BARAT,

dto

MUKHLIS BASRI