



BUPATI LOMBOK BARAT PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

PERATURAN BUPATI LOMBOK BARAT

NOMOR 2A TAHUN 2015

TENTANG

PENETAPAN MEKANISME DAN PROPORSI PENGELOLAAN
DANA KLAIM NON KAPITASI PELAYANAN KESEHATAN DASAR
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LOMBOK BARAT,

- Menimbang :
- a. bahwa salah satu penerimaan retribusi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Jaringannya bersumber dari dana klaim non kapitasi program Jaminan Kesehatan Nasional;
 - b. bahwa peningkatan penerimaan dana klaim non kapitasi pelayanan kesehatan dasar dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas dan jaringannya perlu diikuti dengan peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan dasar;
 - c. bahwa untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan dasar bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) perlu diatur mekanisme dan proporsi pengelolaan dana klaim non kapitasi di Puskesmas dan jaringannya;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu membentuk Peraturan Bupati tentang mekanisme dan proporsi pengelolaan dana klaim non kapitasi pelayanan kesehatan dasar program Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas dan jaringannya Kabupaten Lombok Barat.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II dalam Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655);
 2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 3. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);

4. 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 4436);
5. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 130, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5049);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
7. 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 4548);
8. 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 dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4594);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
12. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287);

15. Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 8 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Lombok Barat (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 8);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 9 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 9);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum (Lembaran Daerah Kabupaten Lombok Barat Tahun 2011 Nomor 3);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI LOMBOK BARAT TENTANG PENETAPAN MEKANISME DAN PROPORSI PENGELOLAAN DANA KLAIM NON KAPITASI PELAYANAN KESEHATAN DASAR PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Lombok Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Lombok Barat.
4. Pelayanan Kesehatan dasar adalah segala kegiatan yang diberikan kepada masyarakat dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan atau kegiatan penunjang kesehatan lainnya di puskesmas dan jaringannya.
5. Pemberi Pelayanan Kesehatan selanjutnya disingkat PPK adalah sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi peserta Program Jamkesmas, Jampersal, Askes maupun pasien umum.
6. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayarkan pemerintah.
7. Pelayanan non kapitasi adalah pelayanan yang diberikan kepada peserta program Jaminan Kesehatan Nasional yang meliputi (Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum yang dilaksanakan pada PPK Tingkat Pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan atau kegiatan penunjang kesehatan lainnya.
8. Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
9. Mekanisme adalah alur yang dilalui sejak Puskesmas dan jaringannya memberikan pelayanan kesehatan dasar, mengajukan klaim, menerima pembayaran, meyetorkan ke kas daerah sampai dana dimaksud dapat digunakan untuk menunjang oprasional pelayanan di Puskesmas dan jaringannya.
10. Proporsi adalah pengaturan persentase pemanfaatan dana klaim non kapitasi, yang ditentukan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

11. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, selanjutnya disingkat RITP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum yang dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur dan dirawat lebih dari 24 jam.
12. Pelayanan Gawat Darurat (*Emergency*) adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko cacat atau kematian.
13. Pelayanan *Ante Natal Care*, selanjutnya disingkat Pelayanan ANC adalah Pemeriksaan kehamilan yang diberikan pada ibu hamil sekurang-kurangnya 4 kali dengan frekuensi 1 kali pada triwulan I, 1 kali pada triwulan II dan 2 kali pada triwulan ke III.
14. Persalinan adalah proses lahirnya bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan baik secara spontan maupun disertai penyulit yang memerlukan tindakan medis.
15. Pelayanan Keluarga Berencana pasca salin, selanjutnya disingkat Pelayanan KB adalah Pelayanan Keluarga Berencana yang diberikan pada ibu selama masa nifas.
16. Pelayanan *Post Natal Care*, selanjutnya disingkat Pelayanan PNC adalah pelayanan yang diberikan pada ibu nifas (sampai 42 hari pasca melahirkan) dan bayi baru lahir (sampai dengan usia 28 hari) dengan ketentuan kunjungan 1 (pertama) untuk KF1 KN1, kunjungan 2 (kedua) untuk KN2, kunjungan ke 3 (tiga) KF2 KN3 dan kunjungan 4(keempat) untuk KF3 atau sesuai ketentuan yang berlaku.
17. Pelayanan transport rujukan adalah transportasi untuk keperluan rujukan emergency, dari ke Puskesmas ke Puskesmas Perawatan/PONED atau dari Puskesmas non Perawatan, Puskesmas Perawatan/PONED ke Rumah Sakit.
18. 19).Tindakan pra rujukan adalah: tindakan yang diberikan untuk membuat pasien stabil sebelum dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
19. Jasa pelayanan adalah imbalan yang diberikan kepada pelaksana pelayanan atas jasa tindakan medis yang diberikan terhadap pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan atau tindakan lainnya.
20. Bahan habis pakai adalah bahan-bahan yang dipergunakan untuk menunjang pelayanan di puskesmas dan jaringannya.
21. Biaya Operasional pelayanan adalah biaya yang dikeluarkan untuk menunjang kegiatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya.
22. Makan pasien adalah belanja makanan dan minuman untuk pasien yang dirawat inap (dirawat diatas 24 jam) di puskesmas perawatan.
23. Paket persalinan adalah paket yang diberikan kepada ibu bersalin berupa bahan habis pakai sesuai kebutuhan ibu dan bayinya.
24. Operasional program adalah biaya yang dikeluarkan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan program di Dinas Kesehatan.

BAB II

JENIS PELAYANAN, PEMBERI PELAYANAN, DAN TARIF PELAYANAN

Pasal 2

- (1) Jenis pelayanan dasar non kapitasi yang diberikan bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional, meliputi:
 - a. RITP;
 - b. *Ante Natal Care*;
 - c. Persalinan pervaginam normal;
 - d. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar;

- e. *Post Natal Care*;
- f. Pelayanan KB;
- g. Tindakan Pra Rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
- h. Pelayanan Ambulans;
- i. Pelayanan rujuk balik;
- j. Pelayanan penunjang rujuk balik;
- k. Pelayanan penunjang diagnostic;
- l. Skrining kesehatan tertentu seperti (Pemeriksaan IVA, *Pap Smear*, gula darah); dan
- m. Terapi krio.

(2) Pelayanan Kesehatan dasar sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan sesuai standar pelayanan berdasarkan ketentuan Permenkes RI Nomor: 5 Tahun 2014. Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

Pasal 3

Pemberi pelayanan kesehatan dasar non kapitasi bagi peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas :

- a. RITP di Puskesmas Perawatan;
- b. Persalinan pervaginam normal di Poskesdes, Puskesmas non Perawatan, dan Puskesmas Perawatan; dan
- c. Persalinan pervaginam dengan emergency dasar di Puskesmas sebut kepanjangan PONED (Penanganan Obstetri Neonatal Emergency Dasar).

Pasal 4

Puskesmas dan Jaringan nya berhak mendapatkan pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan ketentuan tentang tarif :

- a. tarif pelayanan non kapitasi program Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2015 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dan Perjanjian Kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat; dan
- b. tarif pelayanan ambulans mengacu pada Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.

BAB III

MEKANISME PELAYANAN, PENGAJUAN KLAIM DAN PEMBAYARAN KLAIM NON KAPITASI PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Bagian Pertama Mekanisme Pelayanan

Pasal 5

- (1) Peserta Jaminan Kesehatan berkunjung ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan non kapitasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) dengan menunjukkan kartu peserta.
- (2) Pelayanan kesehatan dasar yang diberikan harus memenuhi standar sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

Bagian Kedua
Mekanisme Pengajuan Klaim

Pasal 6

- (1) Puskesmas membuat rekapitulasi kunjungan non kapitasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1), setiap hari sesuai jenis pelayanan yang diberikan bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai dasar pengajuan klaim.
- (2) Berkas klaim yang sudah lengkap diajukan ke BPJS Kesehatan selambat-lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulannya.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan koreksi terhadap kelayakan klaim non kapitasi yang diajukan Puskesmas, selambat-lambatnya 5 (lima) hari setelah berkas klaim diterima lengkap.
- (4) Apabila berkas klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak lengkap, BPJS Kesehatan menyampaikan kembali koreksi klaim ke Puskesmas, selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari setelah berkas klaim diterima.

Bagian Ketiga
Pembayaran Klaim non Kapitasi

Pasal 7

- (1) BPJS Kesehatan membayar klaim non kapitasi sebagaimana dimaksud Pasal 2 ayat (1), yang diajukan Puskesmas selambat-lambatnya 15 (lima belas) hari kerja setelah berkas klaim diterima lengkap, berdasarkan hasil verifikasi BPJS Kesehatan.
- (2) Pembayaran dilakukan melalui tranfer ke rekening Dinas Kesehatan untuk selanjutnya disetorkan ke Kas Daerah melalui bendara penerimaan.

BAB IV

PROPORSI PEMANFAATAN DANA KLAIM NON KAPITASI

Pasal 8

Proporsi pemanfaatan dana klaim non kapitasi pelayanan kesehatan dasar bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas dan Jaringannya meliputi antara lain :

- a. Pelayanan RITP, dengan rincian:
 1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 40% (empat puluh persen) untuk makan pasien ; dan
 - c) sebesar 10% (sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai.
 2. sebesar 25% (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40% (empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen Puskesmas; dan
 - c) sebesar 10% (sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Pelayanan ANC dan PNC, dengan rincian:
 1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya untuk transport dalam rangka kunjungan ANC dan PNC;
 2. sebesar 25% (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan, selanjutnya dipergunakan masing-masing:

- a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas.
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional ;
- c. Pelayanan Persalinan pervaginam normal, Persalinan pervaginam dengan emergensi dasar, Pelayanan KB, Tindakan Pra Rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal, dengan rincian:
- 1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 80% (delapan puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk oprasional pelayanan ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai ;
 - 2. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional;
- d. Pelayanan Ambulan, dikembalikan ke Puskesmas 100% (seratus persen) untuk operasional rujukan;
- e. Pelayanan Rujuk Balik, dengan rincian:
- 1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 80% (delapan puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk oprasional pelayanan ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai ;
 - 2. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan digunakan untuk :
 - a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional;
- f. Pelayanan Penunjang Rujukan, dengan rincian:
- 1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 80% (delapan puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk oprasional pelayanan ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai ;
 - 2. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
 - a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional;
- g. Pelayanan Penunjang Diagnostik, dengan rincian:
- 1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :

- a) sebesar 80% (delapan puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk oprasional pelayanan ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai ;
2. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
- a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional;
- h. Skreening Kesehatan, dengan rincian:
1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
- a) sebesar 80% (delapan puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk oprasional pelayanan ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai ;
2. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
- a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional;
- i. Terapi krio, dengan rincian:
1. sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) akan dikembalikan ke Puskesmas dan jaringannya, selanjutnya dipergunakan masing-masing :
- a) sebesar 80% (delapan puluh persen) untuk jasa pelayanan ;
 - b) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk oprasional pelayanan ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk pembelian bahan habis pakai ;
2. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) dikelola Dinas Kesehatan , selanjutnya dipergunakan masing-masing :
- a) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk pengadaan bahan medis habis pakai;
 - b) sebesar 40%(empat puluh persen) untuk penunjang pelayanan dan manajemen puskesmas ; dan
 - c) sebesar 10%(sepuluh persen) untuk insentif Tim koordinasi dan Tim Pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional.

BAB V

MEKANISME PENCAIRAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN DANA NON KAPITASI

Pasal 9

Mekanisme pencairan dan pertanggungjawaban dana non kapitasi mengacu pada mekanisme APBD dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang keuangan daerah.

BAB VI
MONITORING DAN EVALUASI
Pasal 10

- (1) SKPD Dinas Kesehatan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses pengajuan klaim non kapitasi yang diajukan Puskesmas dan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan secara berkala setiap tiga bulan sekali.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk memastikan pengajuan dan pembayaran klaim non kapitasi program Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan tepat waktu sesuai Perjanjian Kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan tentang pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi peserta BPJS Kesehatan.

BAB VII
PENGAWASAN
Pasal 11

- (1) Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan kepala Puskesmas melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan penggunaan dana non kapitasi program Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Aparat Pengawas Internal Pemerintah Daerah melaksanakan pengawasan fungsional terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana non kapitasi sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Pengawasan berjenjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan fungsional oleh Aparat Pengawasan Internal Pemerintah daerah sebagaimana dimaksud ayat (2) dilaksanakan untuk meyakinkan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas penerimaan dan pemanfaatan dana non kapitasi.
- (4) Mekanisme pengawasan penggunaan dana non kapitasi program Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas dan jaringannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB VIII
KETENTUAN LAIN-LAIN
Pasal 12

Dalam hal Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah terlambat disahkan, pencairan dana pengembalian retribusi pelayanan kesehatan dasar dapat dilakukan melalui SPM UP dan SPM TU.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 13

Dengan ditetapkannya Peraturan Bupati ini maka Perubahan Peraturan Bupati Nomor 2A Tahun 2014 tentang Mekanisme Penerimaan dan Proporsi Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Pelayanan Kesehatan Dasar Program Jaminan Kesehatan Nasional di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Jaringannya di Kabupaten Lombok Barat dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan

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

Ditetapkan di Gerung
pada tanggal 2 Januari 2015
Plt. BUPATI LOMBOK BARAT

H. FAUZAN KHALID

Diundangkan di Gerung
Pada tanggal 2 Januari 2015
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN LOMBOK BARAT

Drs. H. MOH. UZAIR
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 19560803 198410 1 001

BERITA DAERAH KABUPATEN LOMBOK BARAT TAHUN 2015 NOMOR...15....

Lampiran : Peraturan Bupati Lombok Barat
 Nomor :
 Tentang : Mekanisme dan Proporsi Pengelolaan dana Klaim Non Kapitasi Pelayanan Kesehatan Dasar Program Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas dan Jaringannya Kabupaten Lombok Barat.

STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN
 PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

No	JENIS PELAYANAN	TARIF (Rp)
1.	Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)	100.000
2.	Ante Natal Care Perpaket (minimal 4 Kali) 1 kali pada Trimester Pertama 1 kali pada Trimester Kedua 2 kali pada Trimester Ketiga	200.000
3.	Post Natal Care (Perkali Kunjungan) KN1 – KF 1 KN2 – KF 2 KN3 – KF 3	25.000
4.	Persalinan Pervaginam Normal	600.000
5.	Persalinan Pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED	750.000
6.	Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED	175.000
7.	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanaan dan neonatal	125.000
8.	Pelayanan Ambulans per KM Minimal Rp.40.000,- (< 10 KM)	4.000
9.	Pelayanan KB Pemasangan atau pencabutan IUD/ Implan Pelayanan suntik KB (setiap kali suntik) Penanganan komplikasi KB Pelayanan KB MOP/ Vasektomi	100.000 15.000 125.000 350.000
10.	Pelayanan darah per kantong (<i>bag</i>)	360.000
11.	Pemeriksaan gula darah	10.000

Plt. BUPATI LOMBOK BARAT

H. FAUZAN KHALID

