

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Landasan Teori

4.1.1. Pendekatan Manajemen Keuangan

Manajemen Keuangan adalah suatu proses dalam pengaturan aktivitas atau kegiatan keuangan dalam suatu organisasi, dimana di dalamnya termasuk kegiatan planning, analisis dan pengendalian terhadap kegiatan keuangan yang biasanya dilakukan oleh manajer keuangan Susan Irawati (2006:1)

Manajemen Keuangan juga dapat diartikan juga sebagai seluruh aktivitas atau kegiatan perusahaan yang berhubungan dengan upaya untuk mendapatkan dana perusahaan dengan meminimalkan biaya serta upaya penggunaan dan pengalokasian dana tersebut secara efisien dalam memaksimalkan nilai perusahaan yaitu harga dimana calon pembeli siap atau bersedia membayarnya jika suatu perusahaan menjualnya.

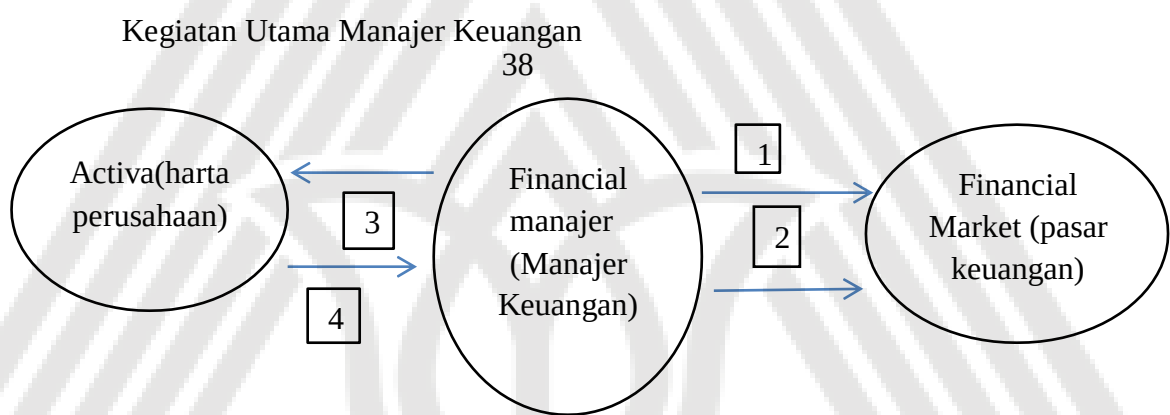
Fungsi Manajemen Keuangan

Menurut Susan Irawati (2006:2) Secara umum kegiatan utama atau fungsi keuangan adalah terbagi dua kelompok yaitu:

1. Kegiatan mencari dana (Obtain of fund) dan
2. Kegiatan menggunakan dana (Allocation of fund).

Pengelompokan ini di dasarkan pada banyaknya keputusan yang harus di ambil dan berbagi aktivitas yang harus di lakukan oleh manajer keuangan.

Berikut adalah gambaran yang di lakukan oleh manajer keuangan:



Gambar 4.1 Kegiatan Utama Manajer Utama

Keterangan anak panah sebagai 3 keputusan utama manajer keuangan

1. Keputusan investasi :

Manajer keuangan mendapatkan dana dari pasar keuangan atau pasar modal yang menggambarkan pertemuan antara permintaan dan penawaran akan dana.

2. Keputusan pendanaan :

Dana yang di dapat dari pasar keuangan kemudian di alokasikan oleh manajer keuangan untuk di investasikan pada berbagai aktiva perusahaan, tujuannya untuk mendanai kegiatan opsional perusahaan.

Dengan adanya investasi atau penanaman dana tersebut, di harapkan mendapat satu hasil yang lebih besar atau di sebut laba.

3. Keputusan deviden :

Keputusan mengambil dana ke pasar keuangan sebagai pemilik dana dari laba yang di hasilkan, dan penanaman kembali dana yang di peroleh dari laba yang di hasilkan oleh perusahaan.

Fungsi utama keputusan manajemen keuangan yang harus di lakukan oleh suatu perusahaan, yaitu :

1. Keputusan Investasi

Keputusan investasi adalah keputusan yang di ambil oleh manajer keuangan dalam Allocation of fund atau pengalokasian dana kedalam bentuk investasi yang dapat menghasilkan laba di masa yang akan datang. Keputusan investasi ini akan tergambar dari aktiva perusahaan, dan mempengaruhi stuktur kekayaan perusahaan yaitu perbandingan antara current assets dengan fixed assets.

2. Keputusan Pendanaan

Keputusan Pendanaan adalah keputusan manajemen keuangan dalam melakukan pertimbangan dan analisis perpaduan antara sumber-sumber dana yang paling ekonomis bagi perusahaan untuk mendanai kebutuhan - kebutuhan investasi serta kegiatan operasional perusahaan nya.

3. Keputusan Dividen

Dividen merupakan bagian dari keuntungan suatu perusahaan yang di bayarkan kepada para pemegang saham. Keputusan dividen adalah keputusan manajemen Keuangan dalam menentukan besarnya proposi laba yang akan di bagikan kepada para pemegang saham dan proposi dana yang akan disimpan di perusahaan sebagai laba di tahan untuk pertumbuhan perusahaan. Sama seperti keputusan pendanaan, keputusan dividen ini akan mempengaruhi struktur modal maupun struktur finansial.

Tujuan Manajemen Keuangan

Menurut Susan Irawati (2006:4) Tujuan manajemen keuangan adalah untuk memaksimalkan profit atau keuntungan dan meminimalkan biaya (expens atau cost) guna mendapatkan suatu pengambilan keputusan yang maksimum ,dalam menjalankan perusahaan ke arah perkembangan dan perusahaan yang berjalan atau survive dan expansion.

Tanggung Jawab Manajemen Keuangan

Tugas utama manajer keuangan yaitu membuat planning tentang pengadaan dan pengalokasian dana guna memaksimumkan nilai perusahaan. Dimana di dalamnya menyangkut kegiatan sebagai berikut:

1. Peramalan dan Perencanaan

Manajer keuangan harus berhubungan dengan para eksekutif yang lain dalam memprediksi masa depan perusahaan.

2. Keputusan Investasi dan Pembiayaan

Manajer keuangan harus dapat menyediakan modal untuk bahan pendukung dalam pertumbuhan perusahaan. Sumber dana yang dapat digunakan untuk meningkatkan pertumbuhan perusahaan adalah modal internal dan eksternal.

3. Pengkoordinasian dan Pengendalian

Manajer keuangan juga harus dapat bersikap kooperatif atau bekerja sama dengan eksekutif bidang lain agar perusahaan dapat beroperasi seefisien mungkin.

4. Interaksi dengan Pasar Modal

Dikarenakan pasar modal sebagai salah satu tempat penyedia dana, maka manajer keuangan harus selalu berhubungan dengan pasar modal.

Peranan dan Arti Penting Manajemen Keuangan

Peranan dan arti penting manajemen keuangan dalam suatu perusahaan dapat dijelaskan dari beberapa aspek, yaitu:

1. Fungsi Perusahaan

Peran manajemen keuangan lebih terlihat dibandingkan dengan fungsi-fungsi perusahaan yang lainnya, karena fungsi-fungsi tersebut tidak akan

dapat mengemban fungsinya dengan baik tanpa di dukung dengan peran manajemen keuangan yang baik.

2. Posisi Manajer Keuangan dalam Struktur Organisasi

Direktur keuangan kedudukannya sejajar dengan bagian produksi, pemasaran, dan SDM, serta bertanggung jawab langsung kepada presiden direktur di sebuah perusahaan.

3. Pengembangan Karir manajer keuangan

Karir dari seorang direktur atau manajer keuangan jauh berkembang dibandingkan dengan jabatan manajer lainnya. Jika terjadi lowongan pada kedudukan presiden direktur, maka kesempatan yang paling besar untuk mengisi lowongan tersebut adalah pimpinan bagian keuangan atau mereka yang mempunyai latar belakang pendidikan di bidang manajemen keuangan yang lebih kuat.

4. Kesempatan Berkarir

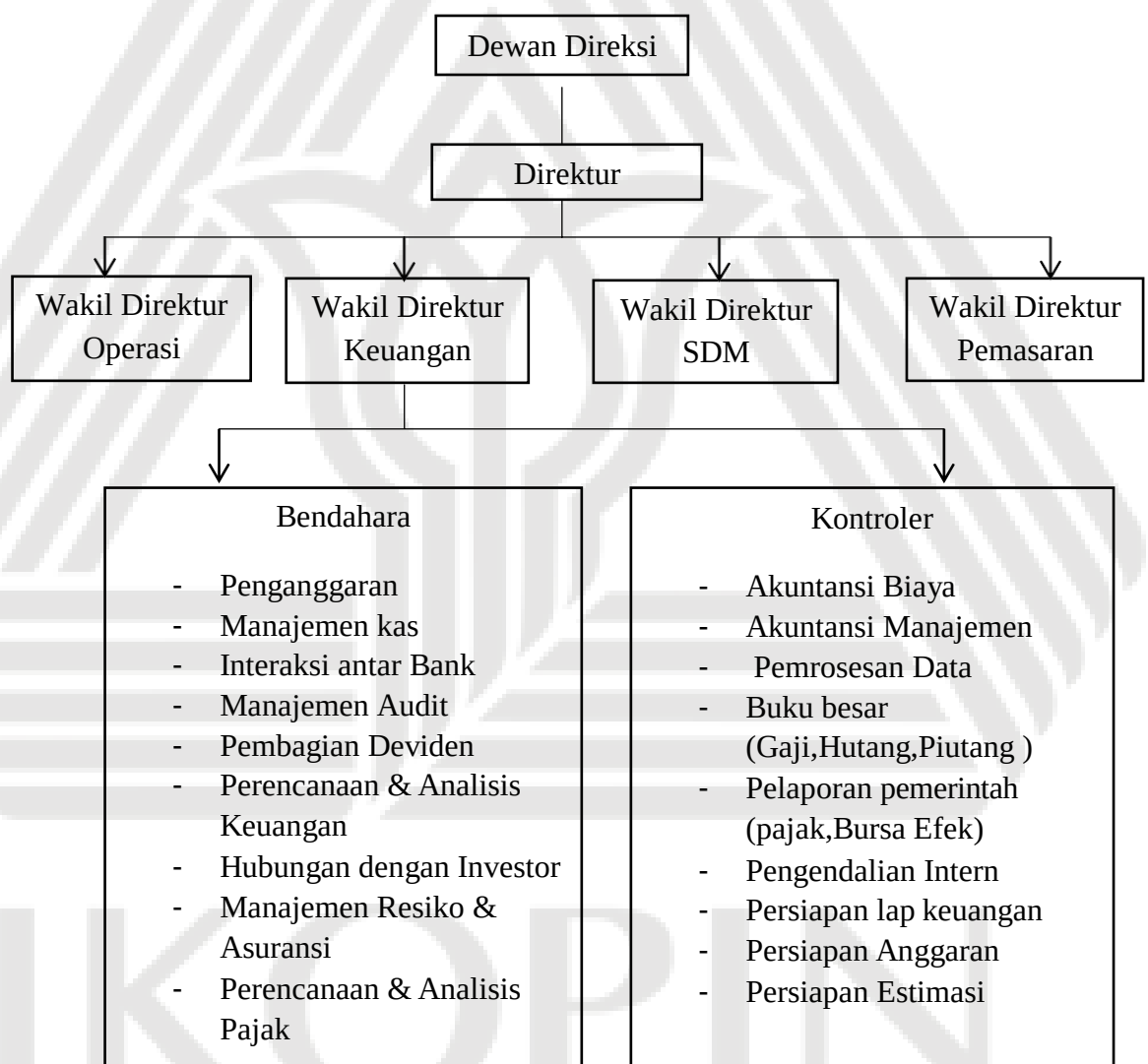
Peluang karir dalam bidang keuangan dibagi menjadi 2 bagian utama yaitu:

- Jasa Keuangan

Berhubungan dengan pemberian nasehat dan planning terhadap produk-produk keuangan bagi individu, bisnis dan pemerintah.

- Manajemen Keuangan

Berhubungan dengan tugas sebagai manajer keuangan di dalam suatu perusahaan.



Gambar 4.2 Organisasi Manajemen Keuangan

4.1.2 Pengertian Mekanisme

Mekanisme adalah suatu rangkaian kerja sebuah alat yang di gunakan dalam menyelesaikan sebuah masalah yang berkaitan dengan prooses kerja, tujuannya adalah untuk menghasilkan hasil yang maksimal serta mengurangi kegagalan. (Moenir, 2002:3)

Mekanisme adalah Interaksi bagian satu dengan bagian lainnya dalam suatu sistem secara keseluruhan untuk menghasilkan fungsi atau kegiatan sesuai dengan tujuan.

4.1.3. Definisi Biaya

Menurut Supriyono (2011:14) mendefinisikan biaya sebagai berikut:

“Biaya adalah jumlah yang dapat diukur satuan uang dalam rangka pemilikan barang dan jasa yang diperlukan perusahaan, baik pada masa lalu (harga perolehan yang telah terjadi) maupun pada masa yang akan datang (harga perolehan yang akan terjadi)”.

Menurut Purba, dan radiks (2006:209) , Tentative set of Broad Accounting Principles Enterprise, biaya dinyatakan sebagai harga penukaran atau pengorbanan yang dilakukan untuk memperoleh manfaat. Bila istilah biaya digunakan secara spesifik, istilah ini dilengkapi menunjukkan objek yang bersangkutan, misalnya biaya langsung, biaya konversi, biaya tetap, biaya variabel, biaya standar , biaya diffrensial, biaya kesempatan dan sebagainya.

Setiap perlengkapan mempunyai arti dalam menghitung dan mengukur biaya yang akan berguna bagi pimpinan dalam mencapai sasaran perencanaan dan pengawasan.

4.1.4. Definisi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Menurut Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, Pasal 7 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 9 ayat (1) dan UU No. 40 Tahun 2011 Tentang SJSN, Pasal 1 angka 8, Pasal 4 dan Pasal 5 ayat (1). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia.

BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.

4.2 Pembahasan

4.2.1. Klaim Pembiayaan Pasien BPJS

Syarat- Syarat yang harus di perhatikan dalam penggunaan BPJS Pengklaiman BPJS tidak dapat di susun dengan begitu saja, ada beberapa faktor yang harus di perhatikan dalam pengklaiman BPJS, diantaranya :

1. Kelengkapan persyaratan,

- Kartu keluarga
- Kartu tanda penduduk
- Kartu BPJS
- Surat rujukan dari puskesmas setempat

Kelengkapan tersebut di lampirkan di awal di saat akan berobat ke rumah sakit yang bersangkutan, sebagai pasien yang menggunakan BPJS, dengan kelengkapan persyaratan yang masih berlaku.

4.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi E-klaim BPJS RSUD Kesehatan Kerja

Pengklaiman BPJS dapat di laksanakan dengan baik apabila syarat-syarat dan penyusunan persyaratan sudah tersusun rapi dan memenuhi syarat. Menurut Dinkes,Faktor-faktor yang harus di perhatikan dalam E-klaim pembiayaan BPJS adalah :

1. Kelengkapan persyaratan, artinya penyerahan bukti tanda pengguna BPJS, jika syarat tidak sesuai atau tidak lengkap, maka klaim BPJS tidak bisa didapatkan
2. Prosedur pemberkasan yang sesuai, artinya berkas syarat harus tersusun rapi
3. Pengkodean/koding sesuai BPJS, dan sesuai standar nasional, artinya jika kode/koding salah maka BPJS tidak dijamin
4. Memverifikasi kode/koding dengan pihak BPJS pusat, artinya penyesuaian antara kode BPJS pada saat di proses dengan hasil yang sudah terdaftar di BPJS pusat
5. Membuat lampiran persetujuan
6. Membuat kwitansi tagihan, artinya melampirkan total biaya tagihan rumah sakit kepada pihak BPJS
7. Proses penagihan, jika syarat-syarat tersebut sudah sesuai, maka di setorkan kepada pihak BPJS cabang dan pusat, dengan waktu yang telah ditentukan, jika syarat di setorkan tidak tepat dengan waktu yang telah ditentukan maka pembiayaan atau E-klaim akan di pending

4.2.2 Jenis Kelas BPJS

Dalam penjaminan sosial kesehatan Peserta PBI adalah peserta yang mendapatkan bantuan iuran dari Pemerintah, itu artinya iurannya akan ditanggung pemerintah daerah melalui dinas sosial. Sedangkan untuk peserta BPJS Mandiri

harus membayar [iuran BPJS](#) sendiri sesuai dengan kelas yang dipilih, ada kelas 1, kelas 2 dan kelas 3.

BPJS Kesehatan telah menetapkan harga atau biaya atau tarif iuran peserta berdasarkan kelas. Perlu di ketahui bahwa iuran ini wajib dibayar oleh Peserta BPJS Mandiri setiap bulannya. *Sistem iuran yang dibuat adalah sistem gotong royong, iuran yang dibayarkan akan digunakan untuk membiayai peserta lain yang membutuhkan (sedang sakit), begitu sebaliknya ketika anda sakit, biaya berobat anda di rumah sakit akan ditanggung BPJS melalui iuran peserta lainnya.*

1. Iuran Kelas 1 = Rp 80.000

BPJS Kesehatan telah menetapkan biaya iuran untuk peserta kelas 1 sebesar Rp80.000 per orang per bulan, besar iuran peserta telah diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2016. Peserta kelas 1 akan mendapatkan fasilitas ruang rawat inap sesuai dengan kelas yang dipilih yaitu peserta akan mendapatkan kamar kelas 1 untuk dirawat dan biayanya akan ditanggung BPJS Kesehatan.

2. Iuran Kelas 2 = Rp 51.000

Iuran peserta kelas 2 sebesar Rp51.000 per orang perbulan, yang juga telah menjadi ketetapan dalam peraturan yang berlaku. Peserta tidak boleh menunggak, apabila menunggak maka status kartu BPJS akan dihentikan sementara sampai peserta melunasi iuran yang tertunggak. Fasilitas yang diberikan juga sesuai

dengan hak nya, yaitu mendapatkan kamar rawat kelas 2. Peserta boleh mengajukan naik kelas ruang [rawat inap](#) ke kelas 1, namun peserta akan dikenakan biaya selisih dari yang menjadi tanggung BPJS Kesehatan.

3. Iuran Kelas 3 = Rp 25.500

Iuran kelas 3 sebesar Rp25.500, ini kelas yang paling bawah dengan iuran terjangkau.

Demikian informasi mengenai iuran peserta BPJS berdasarkan kelas, perlu diketahui bahwa perbedaan tiap-tiap kelas hanya pada kamar nya saja sedangkan untuk Obat-Obatan yang diberikan kepada pasien tetap sama, jadi tidak ada perbedaan dari layanan selain [kamar rawat inap](#).

(<https://www.panduanBPJS.com/tarif-BPJS-kesehatan-terbaru/>)

4.2.3 Prosedur Penyusunan E-klaim BPJS

Seperti yang telah di uraikan di atas,bahwa RSUD Kesehatan Kerja bekerja sama dengan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan indonesia untuk membantu masyarakat untuk hidup sehat khususnya masyarakat kota bandung. Dalam hal ini kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan masyarakat, pihak rumah sakit, dan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan diantaranya :

1. Membuat Persetujuan

Rumah sakit dengan pihak BPJS dan mengacu kepada pedoman BPJS, dalam Surat keputusan PERMEKES, untuk bisa bekerjasama dengan baik dalam melayani masyarakat untuk hidup sehat.

2. Laporan Pertanggungjawaban

Dalam rangka menjamin keamanan pembiayaan kesehatan pada masyarakat Indonesia, yang khususnya berobat ke RS Muhammadiyah Bandung, untuk pengguna BPJS yang antara lain saling memberikan pertanggung jawaban antara pihak ke satu (pasien), dengan pihak ke dua (instansi rumah sakit), pihak ke tiga (lembaga penjamin BPJS atau perusahaan), dan kembali ke pihak satu (pasien).

Hal tersebut saling berhubungan karena masing-masing pihak memiliki kewajiban yang saling berkaitan, diantaranya pasien peserta BPJS yang berobat ke rumah sakit Muhammadiyah Bandung, memberikan keterangan dan bukti kepada pihak rumah sakit bahwanya ialah pasien yang mengikuti BPJS, dengan seperti itu maka pihak rumah sakit akan memproses, jika pasien BPJS Ketenagakerjaan maka pihak rumah sakit meminta jaminan kepada pihak perusahaan yang bersangkutan untuk mendapatkan jaminan dan persetujuan antar pihak dengan perjanjian kerjasama atau sering disebut dengan PKS.

4.2.4. Jenis-Jenis Penyakit yang Dijamin Pihak BPJS

Tidak semua Jenis penyakit bisa di jamin BPJS,karna peraturan e-klaim BPJS terhadap penyakit berdasarkan hasil diagnosa yang telah terdaftar, dan bukan jenis penyakit yang di sengaja. Adapun jenis penyakit yang di jamin pihak BPJS diantaranya, Hepatitis, Atsma dan lain sebagainya

Adapun jenis penyakit yang tidak di jamin atau tidak di biyayai BPJS kesehatan ialah, jenis penyakit yang tidak terdaftar dalam diagnosa, atau bisa disebut sebagai penyakit yang di sengaja,misalnya karna :

1. Rencana bunuh diri
2. Kerna obat terlarang
3. Kecelakaan,dijaamin oleh intansi jasaraharja

4.2.5 Mekanisme E-Klaim Pembiayaan Pasien BPJS

Berikut merupakan mekanisme E-Klaim Pembiayaan Pasien BPJS pada RSUD Kesehatan Kerja

1. Rekap data pasien pengguna BPJS
2. Medical record
3. Verifikasi
4. Membuat kuitansi jumlah penagihan pasien BPJS dalam periode tersebut
5. Menyertakan lampiran tagihan

4.2.6. Laporan Pertanggung Jawaban Pasien BPJS Jika Naik Kelas Ataupun Jika Ada Selisih

- a. Jika penagihan sesuai diagnosa jaminan, maka biaya tagihan di bayar sesuai oleh pihak BPJS
- b. Jika jumlah biaya tidak sesuai dengan diagnosa, maka jaminan biaya tagihan tidak di bayar sepenuhnya oleh pihak BPJS, dan kerugian di tanggung rumah sakit

4.2.7. Tahapan Pencairan E-Klaim BPJS

1. Pihak rumah sakit memberikan surat tagihan ke pihak BPJS cabang
2. BPJS cabang memeriksa dan memverifikasi syarat-syarat penagihan, dan
3. Menyerahkan ke kantor BPJS pusat untuk di lakukan e-klaim
4. Dari pihak BPJS pusat melakukan e-klaim dan memberikan informasi pemberitahuan kepada pihak rumah sakit bahwa e-klaim telah di kirim melalui rekening rumah sakit
5. Pihak rumah sakit melakukan pengecekan antara data yang di lampirkan rumah sakit terhadap BPJS dengan data yang di berikan BPJS terhadap rumah sakit, dan di lihat dari rekening koran

4.2.8 Administrasi E-Klaim Pasien BPJS RSUD Kesehatan Kerja

- Ketentuan Umum

1. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.

2. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

3. Kendali Mutu dan Biaya:

a. Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.

b. Tim kendali mutu dan kendali biaya dapat melakukan:

1) sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi.

2) utilization review dan audit medis; dan/atau

3) pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.

4. Kadaluarsa Klaim:

a. Klaim Kolektif Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

b. Klaim Perorangan Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

5. Kelengkapan administrasi klaim umum:

a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)

2) Softcopy data pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) 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

b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

- 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga),
- 2) Softcopy luaran aplikasi
- 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

E-klaim Fasilitas Tingkat Pertama

Klaim Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) Biaya pelayanan RJTP dibayar dengan kapitasi, yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tersebut tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta. Besaran kapitasi adalah sebagai berikut:

NO	Fasilitas Kesehatan	Tarif
1.	RSUD Kesehatan Kerja atau fasilitas kesehatan yang setara	RP 3.000,00 s.d RP 6.000,00

2.	RSUD Kesehatan Kerja, Praktek Dokter atau Fasilitas Kesehatan yang setara	RP 8.000,00 s.d RP 10.000,00
3.	Praktik Dokter Gigi diluar Fasilitas Kesehatan nomor 1 atau 2	RP 2.000,00

a. Tarif kapitasi Rp. 6.000,00 di RSUD Kesehatan Kerja dan Rp. 10.000,00 di RSUD Kesehatan Kerja Kelas D, atau fasilitas kesehatan yang setara dalam Lampiran I angka I Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013, sudah termasuk dokter gigi.

b. Tarif kapitasi dokter gigi yang berpraktik di luar fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a sebesar Rp 2.000,00 per jiwa

c. BPJS Kesehatan membayar kapitasi setiap bulan maksimal tanggal 15 (Lima Belas) bulan berjalan tanpa perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.

E-Klaim Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Biaya pelayanan RITP dibayar dengan paket per hari rawat dengan besaran Rp100.000,00 per hari. Pasien tidak boleh ditarik iur biaya.

b. Pengajuan klaim RITP atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya diajukan secara kolektif setiap bulan oleh Fasilitas

Kesehatan tingkat pertama kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:

- a) Nama penderita
- b) Nomor Identitas
- c) Alamat dan nomor telepon pasien
- d) Diagnosa penyakit
- e) Tindakan yang diberikan
- f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan
- g) Jumlah hari rawat
- h) Besaran tarif paket
- i) Jumlah tagihan paket rawat inap tingkat pertama (besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat) Perhitungan hari rawat adalah tanggal keluar dikurangi tanggal masuk.
- j) Jumlah seluruh tagihan

2) Berkas pendukung masing-masing pasien

a) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

b) Surat perintah rawat inap dari Dokter.

3) Persalinan/maternal dan neonatal non kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

a. Biaya pelayanan persalinan/maternal dan neonatal non kapitasi adalah tarif tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta, sebagai berikut:

NO	Jenis Pelayanan	Tarif (RP)
1.	Pemeriksaan ANC	25.000
2.	Persalinan Pervaginam Normal	600.000
3.	Penanganan pendarahan paska ke guguran, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar	750.000
4.	Pemeriksaan PNC/neonatus	25.000
5.	Pelayanan tindakan paska persalinan (mis. Placenta manual)	175.000

6.	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi ke bidanaan dan neonatal	125.000
7.	Peelayanaan KB pemasangan -IUD/Implant -Suntik	100.00 15.000
8	Penanganan komplikasi KB Paska persalnan	125.000

b. Tarif Pelayanan Kesehatan Kebidanan dan Neonatal yang dilakukan oleh bidan sebagaimana dimaksud pada angka 1 (ANC), angka 4 (PNC), dan angka 7 (pelayanan KB) dalam Lampiran I angka II huruf B Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal di luar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (RSUD Kesehatan Kerja Kelas D), atau fasilitas kesehatan yang setara) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

c. Tarif persalinan adalah paket persalinan termasuk akomodasi. Pasien tidak boleh ditarik iur biaya.

d. Pengajuan klaim persalinan dan pelayanan maternal/neonatal non kapitasi di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan (Puskesmas/Puskesmas PONED/Klinik/Dokter praktek perorangan dengan jejaring).

e. Jejaring Fasilitas Kesehatan tingkat pertama berupa Polindes/Poskesdes dan bidan desa/ praktik mandiri mengajukan tagihan melalui Fasilitas Kesehatan induknya.

f. Klaim diajukan secara kolektif setiap bulan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1) Rekapitulasi pelayanan:

a) Nama penderita.

b) Nomor Identitas.

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 BPJS Kesehatan

b) Salinan lembar pelayanan pada Buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan untuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan. Apabila Peserta tidak memiliki buku KIA, dapat digunakan kartu ibu atau keterangan pelayanan lainnya pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil/bersalin dan petugas yang menanganinya.

c) Partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan untuk pertolongan persalinan. Pada kondisi tidak ada partograf dapat digunakan keterangan lain yang menjelaskan tentang pelayanan persalinan yang diberikan d) Surat keterangan kelahiran.

- **Pelayanan Darah**

a. Tarif darah disesuaikan dengan tarif yang diatur di masing-masing daerah, maksimal Rp360.000,00 per kantong

b. Biaya pelayanan darah terdiri dari jasa, sarana dan darah per kantong darah.

Biaya jasa dan bahan, alat medis habis pakai termasuk transfusi set yang digunakan dalam pelayanan transfusi darah sudah termasuk paket rawat inap di Puskesmas atau Klinik.

c. Klaim darah diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan oleh PMI atau UTD setempat dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut sebagai berikut:

1) Rekapitulasi pelayanan yang terdiri dari:

- a) Nama penderita
- b) Nomor Identitas
- c) Alamat dan nomor telepon pasien
- d) Tanggal pelayanan
- e) Diagnosa penyakit
- f) Jumlah darah per kantong yang dibutuhkan
- g) Besaran tarif paket
- h) Jumlah seluruh tagihan

2) Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari :

- a) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
- b) Lembar permohonan darah dari dokter yang merawat.

- **Pelayanan Obat Program Rujuk Balik**

- a. Tarif Obat Program Rujuk Balik sesuai e-catalog ditambah faktor pelayanan dan embalage.
- b. Peresepan obat Program Rujuk Balik sesuai dengan Daftar Obat Program Rujuk Balik.
- c. Harga dasar obat Program Rujuk Balik sesuai dengan e-catalog atau sesuai ketentuan yang berlaku .
- d. Faktor pelayanan sebagaimana dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut.

Harga Satuan Obat	Faktor Pelayanan Maksimal
Sampai dengan Rp 50.000,-	0,20
>Rp 50.000,- smpai dengan Rp 250.000,-	0,15
>Rp 250.000,- sampai dengan Rp 500.000	0,10
>Rp 500.000,- sampai dengan Rp 1.000.000,-	0,05
>Rp 1.000.000,-	0,02

e. Embalage sebagaimana dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut:

1) embalage untuk setiap resep (per R/) obat jadi adalah Rp300,00

2) embalage untuk setiap resep obat racikan adalah Rp500,00

f. Klaim obat PRB ditagihkan secara kolektif oleh Apotek PRB/Depo Farmasi kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.

g. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan oleh Apotek PRB dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1) Rekap Tagihan Obat Program Rujuk Balik

2) Lembar Resep Obat Program Rujuk Balik

3) Data tagihan pelayanan dalam bentuk softcopy sesuai Aplikasi dari BPJS Kesehatan

$$\text{Harga Obat} = (\text{harga dasar} \times \text{faktor pelayanan}) + \text{embalage}$$

- **Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Program Rujuk Balik**

a. Pelayanan pemeriksaan penunjang Program Rujuk Balik (PRB) yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah pemeriksaan Gula Darah Puasa, Gula Darah Post Prandial dan Gula Darah Sewaktu.

b. Tarif pemeriksaan GDS, GDP dan GDPP berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dengan range tarif Rp10.000,00 - Rp20.000,00.

c. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu, Glukosa Darah Puasa (GDP) dan Glukosa Darah Post Prandial (GDPP) dilakukan 1 (satu) bulan sekali

d. Pemeriksaan lain selain yang termasuk dalam komponen paket kapitasi dan selain GDP, GDPP dan GDS dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan biayanya sudah termasuk dalam paket INA CBG's.

e. Klaim diajukan secara kolektif oleh Laboratorium/Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.

f. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain 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

Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu yang dibayar secara fee-for-service hanya untuk Program Rujuk Balik. Pemeriksaan GDS yang dilaksanakan di faskes tingkat pertama dan bukan Program Rujuk Balik termasuk dalam komponen kapitasi.

- **Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Skrining Kesehatan**

- a. Pelayanan pemeriksaan penunjang diberikan kepada Peserta BPJS Kesehatan yang telah mendapatkan analisis riwayat kesehatan dengan hasil teridentifikasi mempunyai risiko penyakit tertentu
- b. Pelayanan pemeriksaan penunjang Skrining Kesehatan yang dijamin oleh BPJS

Kesehatan adalah:

- 1) Pemeriksaan IVA
- 2) Pemeriksaan Pap smear
- 3) pemeriksaan Gula Darah Puasa

4) pemeriksaan Gula Darah Post Prandial.

c. Tarif pemeriksaan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dengan range tarif sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan IVA: Maksimal Rp25.000,00
- 2) Pemeriksaan Pap Smear: Maksimal Rp125.000,00
- 3) Pemeriksaan Gula Darah: Rp10.000,00 sd Rp20.000,00

d. Klaim diajukan oleh Laboratorium/Fasilitas Kesehatan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- 1) Rekap Tagihan pelayanan
- 2) Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter
- 3) Hasil pemeriksaan laboratorium
- 4) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

IKOPIN

- **Pelayanan Lain di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

- a. Pelayanan lain di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA positif
- b. Tarif pelayanan terapi krio adalah Rp150.000,00
- c. Pelayanan terapi krio diberikan kepada Peserta BPJS Kesehatan yang telah teridentifikasi positif IVA berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang skrining kesehatan.
- d. Pelayanan terapi krio diajukan secara kolektif bersama dengan klaim tingkat pertama lainnya oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.
- e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - 1) Rekap Tagihan pelayanan
 - 2) Lembar permintaan pelayanan oleh dokter
 - 3) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

- **Rawat Jalan Tingkat Lanjutan**

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.

b. Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain.

d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku.

e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1) Rekapitulasi pelayanan

2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

b) Resume medis/laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan

c) Bukti pelayanan lainnya, misal:

- Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus
- Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
- Berkas pendukung lain yang diperlukan khusus

- **Klaim Pelayanan Gawat Darurat**

Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Tidak Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan sebagai berikut :

- a. BPJS Kesehatan menjamin pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Kriteria Gawat Darurat yang berlaku.
- b. Klaim diajukan secara kolektif oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Fasilitas Kesehatan tidak boleh menarik bayar kepada pasien.
- c. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:

- a) Nama penderita
- b) Nomor Identitas

- c) Alamat dan nomor telepon pasien
 - d) Diagnosa penyakit
 - e) Tindakan yang diberikan
 - f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan
 - g) Jumlah tagihan per pasien, Jumlah seluruh tagihan Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
- d. Tarif pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setara dengan tarif yang berlaku untuk fasilitas kesehatan yang setara di wilayah tersebut dengan tarif Rp100.000,00 sd Rp150.000,00 per kasus.

1. Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Yang Tidak Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan

- a. BPJS Kesehatan menjamin pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Kriteria Gawat Darurat yang berlaku.
- b. Tarif pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama sesuai paket INA CBG's untuk kelompok tarif RS yang setara di wilayah tersebut tanpa pengenaan iur biaya kepada pasien.

c. Fasilitas kesehatan yang belum memiliki penetapan kelas Rumah Sakit, menggunakan tarif INA CBG's Rumah Sakit kelas D

d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (berkas pendukung klaim).

e. Bagi Fasilitas Kesehatan yang belum dapat mengajukan dalam bentuk softcopy luaran INA CBG, maka klaim dientry oleh Fasilitas Kesehatan tersebut di Kantor BPJS Kesehatan terdekat.

f. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:

a) Nama penderita

b) Nomor Identitas

c) Alamat dan nomor telepon pasien

d) Diagnosa penyakit

e) Tindakan yang diberikan

f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan

g) Jumlah hari rawat (jika dirawat inap)

h) Jumlah tagihan per pasien

i) Jumlah seluruh tagihan

2) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan.

3. Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan yang Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan Administrasi pengajuan klaim sama dengan kelengkapan administrasi pengajuan klaim kolektif pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan di Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan.

Pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, klaimnya diajukan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan tidak boleh menarik bayar kepada pasien.

- **Klaim Alat Kesehatan**

1. Alat kesehatan yang dapat diklaimkan kepada BPJS Kesehatan adalah alat kesehatan diluar paket INA CBGs yaitu alat kesehatan yang tidak termasuk dalam paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan digunakan secara tidak permanen di luar tubuh pasien.

2. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan

3. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah pelayanan yang dibatasi, yaitu:

- 1) Pelayanan diberikan atas indikasi medis,
- 2) Adanya plafon maksimal harga alat kesehatan
- 3) Adanya batasan waktu pengambilan alat kesehatan
- 4) Tarif alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah:

No	Alat Kesehatan	Tarif(RP)	Ketentuan
1.	Kacamata	1. PHB/Hak rawat kelas 3: Rp.150.000,00 2. Hak rawat kelas 2: Rp200.00,00 3. Hak rawat kelas 1: Rp300.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 tahun sekali 2. indikasi medis minimal: -Sferis 0,5D -Silindris 0,25D
2.	Alat bantu dengar	Maksimal Rp1.000.000,00	Diberikan paling cepat 5 tahun sekali atas indikasi

			medis
3.	Protesa alat gerak	Maksimal Rp.2.500.000,00	1. Protesa alat gerak adalah: a. Kaki palsu b. tangan palsu 2. Diberikan paling cepat 5 tahun sekali atas indikasi medis
4.	Protesa tulang belakang	Maksimal Rp. 1.000.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama 2. Full protesa gigi maksimal Rp. 1.000.000,00 3. Masing-masing

			rahang maksimal Rp. 500.000,00
5.	Korset tulang belakang	Maksimal Rp.350.000	Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis
6.	Collar neck	Maksimal Rp150.000,00	Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis

5. Alat kesehatan:

a. Kacamata

1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan gangguan penglihatan sesuai dengan indikasi medis yang merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

2) Penjaminan pelayanan kacamata diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis mata dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan mata.

3) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
- b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep kacamata
- c) Tanda tangan pasien atau anggota keluarganya

b. Alat Bantu Dengar

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan gangguan pendengaran sesuai dengan indikasi medis
- 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan alat bantu dengar diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis THT
- 4) Alat bantu dengar dapat diberikan maksimal sekali dalam 5 (lima) tahun per telinga

5) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
- b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep alat bantu dengar

c. Protesa alat gerak

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan indikasi medis
- 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan protesasi alat gerak diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis bedah umum atau bedah tulang.

4) Protesa alat gerak dapat diberikan maksimal sekali dalam 5 (lima) tahun untuk bagian tubuh yang sama.

5) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas

pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
- b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep protesa gerak

d. Protesa Gigi

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis
- 2) Pelayanan prothesa gigi diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan protesa gigi diberikan atas rekomendasi dari dokter gigi
- 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)

b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep protesa gigi

5) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang belum menggunakan aplikasi P-Care mengajukan klaim protesa gigi secara manual

e. Korset Tulang Belakang

1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang mengalami kelainan/gangguan tulang atau kondisi lain sesuai dengan indikasi medis

2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

3) Penjaminan pelayanan korset tulang belakang diberikan atas rekomendasi dokter spesialis bedah saraf atau spesialis bedah tulang atau spesialis bedah umum.

4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

a) Surat Eligibilitas Peserta (tindasan NCR atau salinannya)

b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis)/
resep korset

f. Collar Neck

1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sebagai penyangga kepala dan leher karena trauma pada leher dan kepala ataupun fraktur pada tulang cervix sesuai dengan indikasi medis.

2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

3) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)

b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep collar neck.

4.2.9. Klaim Kompensasi Pelayanan Di Daerah Tidak Ada Fasilitas Kesehatan Yang Memenuhi Syarat

- a. Kompensasi uang tunai diberikan langsung kepada peserta berdasarkan klaim yang bersangkutan atas pelayanan yang diberikan oleh Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Besaran kompensasi disetarakan dengan tarif fasilitas kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan, dengan tarif sebesar:
 - 1) Kompensasi uang tunai rawat jalan tingkat pertama Rp50.000,00 sd Rp100.000,00
 - 2) Kompensasi uang tunai rawat inap tingkat pertama Rp100.000,00/hari
- c. Pembayaran untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjutan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan tarif penggantian sesuai paket INA CBGs untuk kelompok tarif Rumah Sakit yang setara di wilayah tersebut. Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan tidak boleh mengenakan iur biaya kepada pasien.
- d. Klaim perorangan hanya diberlakukan pada peserta yang mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- e. Kelengkapan administrasi klaim perorangan:

- 1) Formulir pengajuan klaim
- 2) Berkas pendukung berupa:
 - a) Salinan KTP/keterangan domisili (untuk memastikan peserta berada di wilayah tidak ada Fasilitas Kesehatan memenuhi syarat sesuai Surat Keputusan Dinas Kesehatan)
 - b) Kuitansi asli bermaterai cukup
 - c) Rincian pelayanan yang diberikan serta rincian biaya

Klaim perorangan hanya diberlakukan pada peserta yang berada di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (sesuai ketentuan yang berlaku), yang mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

- **Klaim Ambulan**

1. Pelayanan ambulan diberikan pada transportasi darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Penggantian biaya pelayanan ambulan sesuai dengan standar biaya ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.

3. Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, maka tarif mengacu kepada tarif yang berlaku di Kabupaten/Kota yang kondisi geografisnya relatif sama

4. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

a. Surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medispasien pada saat akan dirujuk.

b. Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

c. Bukti pelayanan ambulans yang memuat informasi tentang :

1) Identitas pasien

2) Waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan

3) Fasilitas Kesehatan perujuk

4) Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan

5) Tandatangani dan cap dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan Fasilitas Kesehatan penerima rujukan

Klaim pelayanan ambulan diajukan oleh Fasilitas Kesehatan ke BPJS Kesehatan, bukan oleh pihak ketiga penyelenggara pelayanan ambulan yang merupakan jejaring Fasilitas Kesehatan.

- **Klaim Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)**

1. Pelayanan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan kasus gagal ginjal.
2. Tarif pertama pemasangan CAPD sesuai dengan tarif INA CBGs pada RS yang memberikan pelayanan.
3. Tarif consumable CAPD sebagai berikut:
 - a) Consumables dan jasa pelayanan sebesar Rp5.940.000,00/bulan
 - b) Transfer set sebesar Rp250.000,00/set
4. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - a. Rekapitulasi pelayanan
 - b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- 2) Resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat
- 3) Protokol terapi dan regimen penggunaan consumable CAPD 4) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

- **Grafik Pertumbuhan Klaim BPJS Kesehatan, tahun 2014-2019**

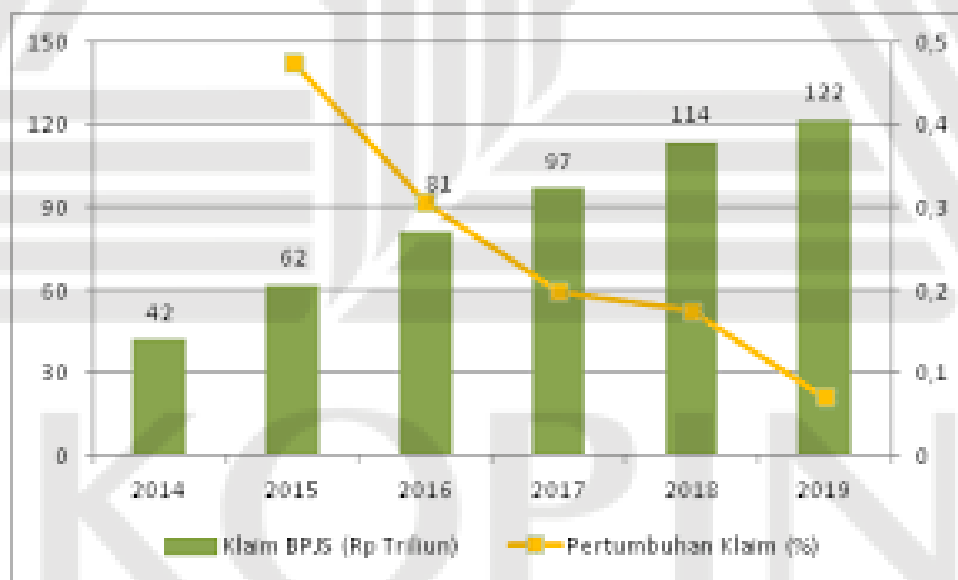
Pertumbuhan klaim BPJS Kesehatan memang diperkirakan akan sangat besar pada tahun-tahun awal. Klaim BPJS Kesehatan diperkirakan akan meningkat tiga kali lipat pada 2019 menjadi Rp122 triliun. Angka ini bahkan melebihi seluruh anggaran kesehatan dalam APBN 2016 yang hanya sekitar Rp105 triliun. Besarnya jumlah klaim ini sejatinya diiringi dengan meningkatnya pendapatan dari premi. Tetapi realitas berkata lain. Terus bertambahnya jumlah defisit mengindikasikan kurang optimalnya perolehan premi.

CIMB Securities dalam laporan kepada nasabah menyebutkan ada dua faktor membengkaknya defisit ini yang dapat mengancam keberlangsungan JKN. Pertama, alokasi subsidi dari pemerintah sebesar Rp19,9 triliun--sekitar Rp19.225 per orang per bulan--tidaklah mencukupi untuk menutup biaya pengobatan.

Kedua, membengkaknya klaim pengobatan disebabkan oleh kelompok peserta yang tidak memiliki gaji, tapi membutuhkan pengobatan mahal, misalnya pengobatan kanker dan operasi jantung. Selain itu, sebagian peserta juga berhenti membayar ketika tidak merasa perlu membutuhkan pengobatan.

Potensi membengkaknya defisit juga berasal dari harga obat-obatan yang dianggap masih cukup mahal dan memberatkan. Apalagi BPJS Kesehatan menerapkan metode INA-CBGs (Indonesia Case Based Groups)--pembayaran dengan sistem paket--sehingga kenaikan harga obat-obatan yang masuk dalam paket INA-CBG dapat menaikkan nilai klaim.

Perlu dicatat di sini, meskipun defisit terjadi pada program JKN pemerintah (Dana Jaminan Sosial), hal ini tidak mempengaruhi kinerja keuangan BPJS Kesehatan yang hanya bertindak sebagai 'operator'. Pada 2014, meski terjadi defisit Rp3,3 triliun, BPJS Kesehatan masih membukukan penghasilan operasional Rp8,7 miliar.



Gambar 4.3 Grafik Pertumbuhan Klaim BPJS Kesehatan, tahun 2014-2019



Gambar 4.4 Sumber Pendapatan BPJS

Tabel 4.1 Pertumbuhan Klaim BPJS Kesehatan, 2014 (Rp juta)

Dana Jaminan Sosial		BPJS Kesehatan
Pendapatan	41,513,820	2,476,992
Beban	44,822,965	2,468,277
Selisih	(3,309,145)	8,715

Namun di luar itu, terus membengkaknya defisit Dana Jaminan Sosial seharusnya menjadi perhatian khusus pemerintah demi menjaga keberlangsungan program JKN dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. BPJS Kesehatan

sendiri, tentu, tidak mungkin terus-menerus menaikkan iuran kesehatan untuk menutup bolong itu, yang pada akhirnya bakal memberatkan masyarakat.



IKOPIN