

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini, akan menjelaskan mengenai landasan teori yang mendukung dan yang berkaitan dalam pelaksanaan penelitian. Selanjutnya, akan menjelaskan mengenai pengertian Rumah Sakit dan BPJS kesehatan.

2.2.1 Landasan Teori

2.2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan tingkat pelayanan lanjutan setelah puskesmas, yang diharuskan untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien. Rumah Sakit diharapkan tidak hanya sebagai penunjang kesehatan dalam wilayah kecil seperti kecamatan, tetapi juga harus dapat menunjang kesehatan dalam cakupan yang lebih luas seperti kabupaten ataupun di wilayah kota. Bagi masyarakat yang berobat ke rumah sakit pasti memiliki harapan dan ekspektasi yang tinggi untuk menerima pelayanan kesehatan yang baik dan sesuai, dikarenakan masyarakat memiliki anggapan bahwa pelayanan rumah sakit pasti berkualitas apabila rumah sakit tersebut didukung dengan fasilitas yang lengkap, perawat dan dokter yang ahli dan berkompeten. Rumah sakit merupakan institusi yang memberikan pelayanan kesehatan perseorangan dan menyediakan

pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan dan gawat darurat bagi masyarakat. Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang penyakit mulai dari yang penyakit bersifat dasar hingga penyakit yang spesialistik.

Terdapat dua jenis rumah sakit umum, diantaranya yaitu Rumah Sakit umum milik swasta dan Rumah Sakit Umum milik pemerintah. Rumah Sakit umum swasta merupakan Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dari yang bersifat dasar, spesialistik hingga sub spesialistik dan dikelola oleh pihak swasta yang ditujukan bagi perseorangan maupun kelompok. Rumah Sakit Umum milik Pemerintah merupakan rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar, spesialistik hingga sub spesialistik yang dikelola oleh pihak pemerintah baik itu dari pemerintah pusat, daerah, pertahanan dan keamanan maupun oleh pihak BUMN.

Hakikat dasar rumah sakit yaitu dapat memenuhi kebutuhan pasien yang tentunya mengharapkan kesembuhan dari penyakit yang dideritanya, dari penglihatan masyarakat Rumah Sakit adalah tempat yang mampu memberikan pelayanan medis sebagai upaya penyembuhan dan pemulihan untuk segala penyakit yang diderita oleh pasien. (Agustian, 2015)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) adalah Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, dari semua jenis penyakit mulai dari yang bersifat dasar, spesialistik, hingga sub

spesialistik yang dikelola oleh pihak Pemerintah Daerah. Berdasarkan kelasnya , rumah sakit umum dikategorikan menjadi empat kelas mulai dari kelas A,B,C,D yang dapat dilihat perbedaannya dari segi pelayanan medis, pelayanan dan asuhan keperawatan , pelayanan penunjang medis dan non medis ,pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan , pendidikan, penelitian dan pengembangan dan dalam segi administrasi umum dan keuangan.

Rumah Sakit tipe A , adalah rumah sakit pada tipe yang teratas dan terpusat, memiliki kemampuan pelayanan medis paling lengkap.

Di dalamnya terdapat empat pelayanan medis spesialis dasar yang terdiri dari :

- 1.) Pelayanan penyakit dalam.
- 2.) Pelayanan kesehatan anak.
- 3.) Pelayanan bedah.
- 4.) Pelayanan obstetri dan ginekologi.

Rumah Sakit tipe B, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat tersier, dimana pada tipe ini rumah sakit lebih mengutamakan pada pelayanan subspecialis dan menjadi rujukan lanjutan dari rumah sakit tipe C.

Rumah Sakit tipe , adalah rumah sakit rujukan lanjutan yang setingkat. Terdapat beberapa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit pada tipe ini , diantaranya yaitu :

- 1.) Pelayanan kesehatan primer.

2.) Pelayanan yang diberikan bersifat spesialis.

3.) Pelayanan subspecialis.

Rumah Sakit tipe D, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis dasar. Pada pelayanan kesehatan dasar yaitu umum dan kesehatan gigi. Selain itu, fasilitas dan kemampuan yang dimiliki masih dibawah dibandingkan dengan tipe dan jenis rumah sakit yang lain. (Agustian, 2015)

RSUD DR.R.Soetrasno

“Kepala Bagian Humas RSUD dr.R Soetrasno Rembang” mengatakan bahwa, **RSUD dr. R. Soetrasno** adalah rumah sakit milik Pemkab Rembang yang memiliki alat kesehatan memadai dan sebagai satu-satunya Rumah Sakit Rujukan di Kabupaten Rembang yang melayani pasien Umum, Pasien JKN dan Pasien Asuransi seperti BPJS.

Berdasarkan keputusan Bupati Kepala Daerah Tingkat II Rembang No. 061/395/Th.1983, Rumah Sakit ini meningkat dari tipe D menjadi Tipe C dengan Susunan Organisasi Tata Kerja (SOTK) yang baru. RSUD dr. R. Soetrasno Rembang adalah RSUD Kelas C pertama yang berada di Jawa Tengah dan berhasil meraih Akreditasi Paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada Oktober 2014.

Dalam upaya peningkatan kepuasan pelanggan, RSUD dr. R. Soetrasno membuat program SMART Care. Dimana program tersebut bekerjasama dengan konsultan perhotelan. Program ini bertujuan untuk

menyusun budaya pelayanan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dan kepuasan pasien rumah sakit. Seluruh upaya yang dilakukan tersebut bertujuan untuk mewujudkan Visi Rumah Sakit agar dapat dijadikan Rumah Sakit Unggulan.

Fasilitas Kamar Inap RSUD DR.R. Soetrasno

a) Kelas VIP utama :

- 1 Kamar dan 1 Tempat Tidur.
- Kamar mandi dalam dengan air panas dan dingin.
- AC (*air conditioning*).
- Televisi.
- Kulkas.
- Sofa Panjang
- Ruang Tamu
- Dapur

b) Kelas VIP Madya :

- 1 Kamar dan 2 tempat tidur.
- Kamar mandi dalam.
- AC (*air conditioning*).
- Televisi.
- Sofa.

-Lemari.

c) Kelas VIP :

- 1 kamar dan 1 tempat tidur.

-Kamar mandi dalam.

-Televisi.

-Kipas Angin.

-Sofa dan lemari.

d) Kelas I :

-1 kamar dan 2 tempat tidur.

-Kamar mandi dalam.

-Kipas Angin.

-Lemari.

e) Kelas II :

-1 kamar dan 2 tempat tidur.

-Kamar mandi luar.

-Kipas Angin.

-Lemari.

-Alat Radiologi

f) Kelas III :

-Tempat tidur bangsal.

-Kamar Mandi di luar.

Ambulance

Ambulance dan Mobil Jenazah sangat penting untuk keperluan transportasi bagi pasien yang membutuhkan. RSUD Dr. R. Soetrasno Kabupaten Rembang melayani ambulance dan Mobil Jenazah selama 24 jam.

RSUD Dr. R. Soetrasno Kabupaten Rembang mempunyai 5 unit mobil ambulance dan 1 unit mobil Jenazah yang dimanfaatkan untuk:

1. Pelayanan untuk pasien rujukan
2. Pelayanan untuk pasien tindakan ke rumah sakit tujuan
3. Pelayanan untuk evakuasi kasus gawat darurat
4. Pelayanan untuk pasien menjemput / mengantar pasien pulang dalam maupun luar kota.
5. Pelayanan untuk mengantarkan jenazah pasien dalam maupun luar kota.
6. Pelayanan iring-iring Jenazah.

Klinik Klinik Dokter Spesial

1) Klinik Orthopedi

Klinik Orthopedi RSUD dr. R. Soetrasno merupakan klinik bedah tulang bagi pasien yang sepenuhnya diselenggarakan oleh dokter bedah tulang yang berpengalaman dan ahli di bidangnya. Dengan peralatan modern dan layanan terpadu, pasien dengan keluhan sendi lutut, cedera akut, kronis, dan trauma dan keluhan lain yang berhubungan dengan tulang dapat dilayani dengan baik.

2) Klinik Mata

Klinik Mata RSUD dr. R. Soetrasno melakukan pelayanan Deteksi dan penanganan pada kasus:

1. Kelainan Refraksi
2. Glaukoma Glaukoma

3.Katarak

4.Keluhan mata pada bayi premature

5.Trauma mata & Rekontruksi

6. Penyakit mata lain : infeksi pada mata & Imunologi Mata Deteksi dini mata juling Penanganan mata malas, dll.

3) Klinik Penyakit Dalam

RSUD dr. R. Soetrasno memiliki klinik-klinik spesialis, diantaranya adalah klinik penyakit dalam. Klinik penyakit dalam ini memberikan pelayanan penanganan masalah kesehatan organ dalam tanpa bedah, seperti diabetes melitus, sakit ginjal, sakit lambung, lever, dll. Ditangani oleh dokter ahli penyakit dalam yang profesional dan berpengalaman dibidangnya serta ditunjang dengan fasilitas yang memadai sesuai dengan kebutuhan pasien, keluhan pasien mengenai penyakit dalam dapat ditangani dengan baik.

4) Klinik Voluntary Counseling Test (VCT)

Voluntary Counseling Test (VCT) adalah Proses konseling pra testing, konseling post testing, dan testing HIV secara sukarela yang bersifat confidential dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling pra testing memberikan pengetahuan tentang HIV & manfaat testing, pengambilan keputusan untuk testing, dan perencanaan atas issue HIV yang akan dihadapi. Konseling post testing membantu seseorang untuk

mengerti & menerima status (HIV+) dan merujuk pada layanan dukungan.

5) Klinik Gigi dan Mulut

Kasus-kasus Yang memerlukan perawatan Ortodonti:Gigi Berjejal / tidak rapi, Gigi Renggang, Gigi maju pada rahang atas / tonggos, Gigi maju pada rahang bawah, Kelainan sendi rahang (sakit sendi rahang/ berbunyi), Kesulitan mengunyah karena gigi belakang tidak kotak, Kesulitan berbicara / vocal tertentu tidak jelas pada gigi depan yang terbuka, Kebiasaan buruk (menghisap ibu jari, bernafas lewat mulut dan cara menelan yang salah), Gigi permanen yang hilang karena kecelakaan atau dicabut.

6) Klinik Tumbuh Kembang Anak

RSUD dr. R. Soetrasno memiliki klinik anak yang merupakan keseluruhan pelayanan untuk bayi dan anak dalam memberikan konsultasi bagi segala kelainan penyakit yang biasa diderita oleh bayi dan anak. Konsultasi akan dilayani oleh dokter spesialis anak (pediatric) dengan bantuan para perawat yang ramah dan terlatih. Konsultasi dokter spesialis anak dilakukan setiap hari sesuai dengan jam praktek dokter masing-masing.

Masalah kesehatan seperti kelainan pada anak dan bayi (bibir sumbing, jari berlebih atau tidak berkembang, tumor serta kelainan pada organ tubuh lainnya), Masalah Gastroenterologi (pencernaan),

masalah keterlambatan tumbuh kembang anak, kasus Perinatologi (bayi premature, kuning, infeksi), Trauma akibat kecelakaan atau jatuh, penyakit infeksi (panas, diare, thypoid, demam berdarah, campak, cacar air), dan masalah kesehatan anak lainnya dapat ditangani di RSUD dr. R. Soetrasno dengan dokter yang handal, tenaga medis dan paramedis yang terampil, serta fasilitas dan sarana pendukung yang memadai.

7) Klinik TB DOTs (Tuberkulosis Directly Observed Treatment Short-course).

RSUD dr. R. Soetrasno memiliki klinik TB DOTs (Tuberkulosis Directly Observed Treatment Short-course) atau layanan pengawasan langsung menelan obat jangka pendek adalah strategi pengobatan pasien TB dari jangka panjang menjadi jangka pendek.

DOTs sangat penting untuk penanggulangan TB selama lebih dari satu dekade, dan tetap menjadi komponen utama dalam strategi penggulangan TB yang terus diperluas termasuk pengelolaan kekebalan obat TB, TB terkait HIV, penguatan sistem kesehatan, keterlibatan seluruh penyedia kesehatan dan masyarakat, serta promosi penelitian.

8) Klinik Obstetri dan Ginekologi

RSUD dr. R. Soetrasno memiliki klinik kebidanan dan Penyakit kandungan yang melayani pemeriksaan kehamilan, penyakit kandungan dan persalinan. Sarana penunjang yang juga kami

sediakan untuk mendukung klinik kebidanan dan penyakit kandungan ini adalah fasilitas USG 3D untuk mengetahui perkembangan janin pada si ibu hamil.

Pada masa sebelum persalinan, kelas antenatal juga diberikan sebagai pengetahuan dan persiapan kehamilan dan persalinan. Selain itu kami juga memiliki klinik laktasi untuk mengetahui bagaimana cara mempersiapkan dan memberikan asi yang baik dan benar. RSUD Bunda Margonda mempunyai tenaga perawat dan bidan yang terlatih serta dokter ahli spesialis kandungan dan kebidanan, untuk membantu para wanita yang ingin konsultasi seputar masalah kandungan dan kebidanan.

9) Klinik Kelamin dan Penyakit Kulit

RSUD dr. R. Soetrasno memiliki fasilitas pelayanan klinik Penyakit Kulit dan Kelamin yang didukung oleh dokter dan perawat yang profesional dengan dilengkapi ruang konsultasi dan ruang tindakan yang memadai.



Instalasi Gawat Darurat

Ruang Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu pintu masuk di RSUD dr R Soetrasno Rembang berupaya untuk meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standart kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi standart kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan maka pada tanggal 8 Oktober 2010 R. IGD telah berhasil memperoleh pengakuan ISO 9001 : 2008

Prosedur IGD ditetapkan untuk memastikan pasien mendapatkan penanganan yang bermutu dan memuaskan , dimana prosedur IGD mencakup pendaftaran, triase/pemilahan, pemeriksaan oleh dokter dan perawat, petugas penunjang diagnostic, farmasi, dan keuangan yang terkait dengan prosedur IGD.

Dari Keputusan Bupati Rembang Nomor445/659/2009, RSUD dr. R. Soetrasno Rembangditetapkan sebagai Pola Pengelolaan Keuangan - Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) merupakanSatuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau biasanya disebut dengan unit kerja pada perangkat daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang atau jasa yang dijual tanpa bertujuan untuk mencari keuntungan dan dalam pelaksanaan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas. Terdapat hal positif yang diperoleh rumah sakit setelah menjadi badan layanan umum daerah

diantaranya yaitu apabila terdapat masalah kekurangan sumber daya manusia seperti dokter dan perawat dapat langsung diatasi, apabila terdapat kekurangan alat medis untuk pelayanan pasien maka dapat mempercepat pengadaan alat medis dan apabila terdapat masalah kekurangan obat maka dapat mengatasi kekurangan obat dengan cepat.

Rumah Sakit tipe BLUD sudah dapat mengelola keuangan sendiri tanpa harus menyetor terlebih dahulu kas yang dimiliki ke kas daerah kabupaten Rembang. Selain itu, pemanfaatannya lebih cepat tanpa harus mengadakan pengusulan ulang. Apabila sebelumnya RSUD dr. R. Soetrasno akan membeli peralatan medis, maka harus meminta usulan terlebih dahulu kepada pemerintah daerah. Namun, sekarang apabila terdapat alat medis yang dibutuhkan dengan mendesak maka kini akan lebih mudah untuk didapatkan. Sedangkan untuk pengawasan Rumah Sakit diawasi oleh pengawasan dari Pemkab baik itu internal maupun eksternal. (WANRAJIB AZHARI MANURUNG, 2015)

2.2.2 Peningkatan Pendapatan di Rumah Sakit

Sumber pendapatan operasional rumah sakit berasal dari masyarakat umum yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit yang biasanya disebut sebagai pasien. Pemanfaatan fasilitas rumah sakit tersebut meliputi: Pelayanan rawat jalan, Pelayanan rawat inap, Pelayanan gawat darurat, Pelayanan penunjang medis, Pelayanan Farmasi, Laboratorium, dsb.

Dalam upaya meningkatkan pendapatannya rumah sakit harus mengutamakan pada perkembangan teknologi kedokteran, salah satunya yaitu dibidang farmasi karena Instalasi farmasi merupakan salah satu sumber pendapatan utama di Rumah Sakit yang merupakan prioritas tinggi dalam pengelolaan manajemen rumah sakit. Selain itu pasien rawat jalan juga merupakan sumber potensi pemasukan yang besar bagi rumah sakit, karena di jaman yang semakin modern ini masyarakat lebih memilih untuk rawat jalan dan memfokuskan fasilitas yang ada sekarang untuk merencanakan kegiatan pengembangan penunjang medis dan pusat-pusat pelayanan pasien rawat jalan mandiri.

“Yono Maulana” mengatakan terdapat beberapa strategi yang harus diperhatikan dalam peningkatan pendapatan di Rumah Sakit , diantaranya yaitu :

1) Strategi Sumber Daya Manusia.

Pengetahuan manajemen dalam menjalankan rumah sakit sangat penting, karena kemampuan dan keahlian dari sumber daya manusia yang menduduki fungsinya masing-masing menjadi faktor utama dalam kelancaran dan terus berjalannya rumah sakit ini, para manager secara teknis harus memahami dan menguasai pekerjaan dari para pekerja lain di rumah sakit.

2) Strategi Operasional

Strategi operasional terkait dengan kegiatan operasional yang ada di Rumah Sakit, dalam strategi ini struktur manajemen dianggap tidak terlalu rentang kendalinya sehingga bisa lebih efektif. Supply chain management menjadi penting sehingga dapat lebih efisien dan efektifitas agar bisa terwujud dan kendali biaya bisa diwujudkan dengan baik.

3) Strategi Pemasaran.

Peran bidang pemasaran di Rumah Sakit tidak hanya mempromosikan, mengajak dan memastikan masyarakat untuk memutuskan berobat di rumah sakit melainkan harus memastikan pelayanan dan kepuasan pelanggan dapat terpenuhi, selain itu harus mampu secara responsive terhadap keluhan pasien, memberikan informasi, promosi kesehatan dan bimbingan kepada masyarakat, menarik informasi dari luar untuk memberikan masukan kepada manajemen dengan tujuan membangun pelayanan yang bermutu kepada pasien.

4) Strategi Keuangan.

Kendali keuangan di Rumah Sakit sangat penting karena berkaitan dengan operasional dan keberlangsungan hidup Rumah Sakit itu sendiri. Manajer keuangan ditingkat fungsional harus mampu menganalisa kebutuhan prioritas Rumah Sakit dan mampu membuat laporan keuangan sesuai dengan kaidah keuangan yang benar.

Strategi peningkatan pendapatan di RSUD Dr.R.Soetrasno Rembang diantaranya :

- a) Meningkatkan layanan dokter spesialis.
- b) Meningkatkan peralatan medis yang lebih lengkap dan lebih canggih.
- c) Meningkatkan ketelitian dan keakuratan dalam mengidentifikasi seluruh layanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien.
- d) Menyediakan layanan poliklinik diluar jam kerja yaitupada pukul 15.00 – 20.00.
- e) Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang bekerja di Rumah Sakit agar lebih profesional dengan cara mengadakan pelatihan kerja dll.
- f) Meningkatkan kelengkapan di bidang farmasi.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan mengharuskan pelayanan kesehatan bagi warga negara Indonesia Nomer 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu :

- a. Pelayanan kesehatan adalah hak bagi setiap orang yang telah dijamin dan terdapat di Undang-Undang ,yang harus diwujudkan dengan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat yang setinggi-tingginya;
- b. Dalam rangka peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan Rumah Sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan, maka perlunya untuk mengatur Rumah Sakit berdasarkan Undang-Undang;
- c. Peraturantentang rumah sakit dianggap belum memadai untuk dapat dijadikan landasan hukum dalam penyelenggaraan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat

Perhitungan Keuntungan yang didapat dari Penerapan BPJS di RSUD

Dr.R.Soetrasno

RSUD Dr.R.Soetrasno Rembang adalah Rumah Sakit milik pemerintah daerah, yang mana perhitungannya bukan bisnis karena Non Profit maka hasil pendapatan dikembalikan lagi untuk peningkatan pelayanan. Perhitungannya yaitu dilihat dari perolehan pendapatan yang diperoleh dari tarif yang dikeluarkan BPJS masih menguntungkan Rumah Sakit jika dibandingkan tarif RSUD.Dr.R.Soetrasno sesuai dengan peraturan daerah dan peraturan Bupati Rembang yaitu dapat dilihat dari tarif BPJS dibandingkan dengan tarif sesuai perda. Caranya yaitu diperbandingkan antara tarif yang dikeluarkan BPJS dengan tarif perda Kabupaten.

2.2.3 BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial bagi masyarakat. Sedangkan menurut UU SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional), BPJS adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru yang sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

Berdasarkan tiga kriteria di bawah ini , dapat menentukan bahwa BPJS merupakan badan hukum publik, diantaranya yaitu :

- a) Cara pendirian badan hukum itu diadakan dengan konstruksi hukum publik, yaitu didirikan oleh penguasa (Negara) dengan Undang-undang;
- b) Pada lingkungan kerjanya, dalam melaksanakan tugasnya badan hukum tersebut pada umumnya bertindak dengan kedudukan yang sama dengan publik;
- c) Wewenangnya, badan hukum tersebut didirikan oleh penguasa Negara dan diberikan wewenang untuk membuat keputusan, ketetapan atau peraturan yang mengikat umum.

Berikut ini merupakan norma yang terdapat dalam Undang – Undang BPJS, yaitu :

- 1) BPJS dibentuk berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- 2) BPJS memiliki fungsi untuk menyelenggarakan kepentingan umum yang biasanya disebut Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berdasarkan pada asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
- 3) Delegasi kewenangan BPJS diantaranya yaitu untuk membuat aturan yang mengikat umum.

- 4) BPJS memiliki tugas untuk mengelola dana publik diantaranya yaitu dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta BPJS.
- 5) BPJS memiliki kewenangan untuk mengawasi dan melakukan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajiban yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
- 6) BPJS memiliki kewenangan untuk memberikan sanksi administratif kepada para peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.

Tugas BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

- 1.) Melakukan dan menerima pendaftaran peserta BPJS;
- 2.) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta BPJS dan pemberi kerja;
- 3.) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
- 4.) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
- 5.) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- 6.) Membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial;
- 7.) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.2.4 BPJS Ketenagakerjaan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (BPJS Ketenagakerjaan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan memiliki fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan hari tua, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun dan jaminan kematian kepada masyarakat dengan berdasarkan Undang-Undang SJSN.(Putri, 2014)

Program Jaminan BPJS Ketenagakerjaan :

a.) Jaminan Kecelakaan Kerja

Bertugas untuk memberikan perlindungan atas risiko-risiko kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja, termasuk kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari rumah menuju ke suatu tempat.

b.) Jaminan Kematian

Bertugas untuk memberikan manfaat uang tunai yang diberikan kepada ahli waris ketika peserta meninggal dunia yang bukan merupakan akibat kecelakaan kerja.

c.) Jaminan Hari Tua

Bertugas untuk memberikan manfaat Jaminan Hari Tua yang berupa uang tunai yang besarnya merupakan nilai akumulasi iuran ditambah hasil pengembangannya.

BPJS Ketenagakerjaan mendapat pengalihan aset dari PT Jamsostek (Persero) dan aset dari tiga Program Jamsostek lainnya diantaranya yaitu programjaminan hari tua, program jaminan kecelakaan kerja dan program jaminan kematian yang dialihkan menjadi aset Dana Jaminan Sosial Ketenagakerjaan.

Berikut merupakan ketentuan dari pengelolaan ketiga aset untuk programtersebut, yaitu :

- Aset Dana Jaminan Sosial Kecelakaan Kerja;
- Aset Dana Jaminan Sosial Hari Tua;
- Aset Dana Jaminan Sosial Kematian.

2.2.5 BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat.(Putri, 2014)

Misi BPJS Kesehatan :

- Memberikan layanan terbaik kepada peserta dan masyarakat.
- Memperluas kepesertaan program jaminan kesehatan yang mencakup seluruh penduduk Indonesia.
- Bersama menjaga kesinambungan finansial program jaminan kesehatan.

Visi BPJS Kesehatan :

Terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi.

Manfaat BPJS Kesehatan :

A. Pelayanan kesehatan non spesialistik terdiri dari :

1. Administrasi pelayanan bagi masyarakat.
2. Pelayanan preventif dan pelayanan promotif.
3. Konsultasi medis, pemeriksaan dan pengobatan.
4. Tindakan medis yang bersifat non spesialistik.
5. Bahan medis habis pakai dan pelayanan obat.
6. Pemeriksaan penunjang bagi diagnosis laboratorium tingkat pertama.

7. Transfusi darah sesuai kebutuhan pasien.

8. Rawat inapdi tingkat pertama sesuai indikasi.

B. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdiri dari:

1. Rawat jalan :

a) Administrasi pelayanan masyarakat.

b) Konsultasi spesialistik, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis dan sub spesialis.

c) Pelayanan alat kesehatan implant.

d) Pelayanan penunjang diagnosa lanjutan yang sesuai dengan indikasi medis.

e) Rehabilitasi medis.

f) Pelayanan bagian darah.

g) Pelayanan kedokteran forensik.

h) Pelayanan jenazah.

2. Rawat Inap diantaranya yaitu Perawatan inap non intensif dan perawatan inap di dalam ruang intensif.

Prinsip-prinsip BPJS Kesehatan diantaranya yaitu kegotong - royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan social. Dipergunakan untuk pengembangan program dan kepentingan peserta. Selain itu, terdapat suatu hal yang dijadikan salah satu prinsip utama dari BPJS Kesehatan adalah prinsip kegotongroyongan yang berarti bahwa saling tolong menolong yang artinya orang sehat mampu menolong orang yang lemah dalam artian orang yang tidak mampu dalam segi ekonomi sehingga sistem jaminan sosial ini sesuai dengan falsafah yang terdapat dalam pancasila yaitu sila ke 5 yang berbunyi “Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja dengan kurun waktu paling singkat enam bulan dan telah membayar iuran. Terdapat dua kelompok peserta BPJS Kesehatan yaitu PBI Jaminan Kesehatan dan bukan PBI Jaminan Kesehatan dimana Penerima Bantuan Iuran (PBI)

adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

Peserta PBI terdiri dari fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah selain itu juga diberikan kepada masyarakat yang mengalami cacat total tetap yang merupakan kecacatan fisik atau mental yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan dimana cacat total tetap ditangani oleh dokter yang berwenang. Sedangkan Bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya dimana Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi upah kerja dengan menerima gaji atau upah yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota TNI, anggota POLRI, Pejabat negara, Pegawai Swasta, Pegawai pemerintah dan non pegawai negeri dan pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risikonya sendiri yang terdiri dari Investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja yang memenuhi kriteria penerima upah. Selain itu Jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh BPJS kesehatan paling banyak 5

(lima) orang apabila peserta memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta maka dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain dengan membayar iuran tambahan.

Manfaat yang didapatkan peserta BPJS dan keluarganya yaitu memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan oleh peserta BPJS Kesehatan manfaat tersebut terdiri dari manfaat medis dan manfaat non medis dimana manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan sedangkan manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi dan ambulan. Selain itu, peserta BPJS Kesehatan berhak untuk mendapatkan pelayanan medis berupa alat bantu kesehatan yang jenis dan harganya telah ditetapkan oleh Menteri. (ratomo, 2013)

BPJS Kesehatan mendapatkan pengalihan dari seluruh aset yang dimiliki oleh PT Askes (Persero) dan aset dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan-JPK PT Jamsostek (Persero). Berikut ini adalah jumlah aset yang diberikan :

- Hutang tagihan pelayanan kesehatan;
- Tagihan pelayanan kesehatan masyarakat yang masih dalam proses;
- Klaim pelayanan kesehatan yang belum ditagihkan oleh fasilitas kesehatan;

- Cadangan premi.

Prosedur pendaftaran BPJS Kesehatan :

A. Pendaftaran bagi PBI (Penerima Bantuan Iuran)

- Pendataan peserta PBI diantaranya yaitu para Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang dilakukan oleh Lembaga Pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial. Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

B Pendaftaran Bagi PPU (Peserta Pekerja Penerima Upah)

1. Perusahaan mendaftarkan semua karyawan serta anggota keluarganya ke Kantor BPJS Kesehatan dengan melampirkan beberapa berkas diantaranya yaitu : :

- a. Formulir Registrasi Badan Usaha.

- b. Data Migrasi yang dimiliki karyawan dan semua anggota keluarganya sesuai format yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan.

2. Perusahaan yang telah menerima nomor Virtual Account (VA) untuk melakukan pembayaran ke Bank yang telah bekerjasama diantaranya yaitu bank BRI, Mandiri, BNI.

3. Kwitansi Pembayaran iuran diserahkan ke Kantor BPJS Kesehatan untuk kemudian dicetak kartu JKN atau dapat mencetak e-ID secara mandiri oleh Perusahaan.

C. Pendaftaran Bagi PBPU (Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah)dan Bukan Pekerja.

Pendaftaran Bukan Pekerja dan PBPU.

1. Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan
2. Mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang ada di Kartu Keluarga
3. Mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan Fotokopi Kartu Keluarga (KK) , Fotokopi KTP/Paspor, masing-masing 1 lembar, Fotokopi Buku Tabungan salah satu peserta yang ada didalam Kartu Keluarga, Pasfoto 3 x 4, masing-masing sebanyak 1 lembar.
4. Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA).
5. Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)
6. Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN. Pendaftaran selain di Kantor BPJS Kesehatan, dapat melalui Website BPJS Kesehatan.

Pendaftaran Bukan Pekerja Melalui Entitas Berbadan Hukum
(Pensiunan BUMN/BUMD)

7. Proses pendaftaran pensiunan yang dana pensiunnya dikelola oleh entitas berbadan hukum dapat didaftarkan secara kolektif melalui entitas berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

Peraturan dalam BPJS Kesehatan , yaitu :

- 1.) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 5, mengenai Tata Cara Penagihan, Pembayaran dan Pencatatan Iuran Jaminan Kesehatan dan Pembayaran Denda Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan.
- 2.) Peraturan Pemerintah No 85 Tahun 2013, mengenai Tatacara Hubungan Antar Lembaga BPJS.
- 3.) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7, mengenai Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- 4.) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6, mengenai Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan.
- 5.) Peraturan Presiden No 108 Tahun 2013, mengenai Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.

- 6.) Peraturan Presiden No 109 Tahun 2013, mengenai Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial
- 7.) Peraturan Presiden No 107 Tahun 2013, mengenai Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan.
- 8.) Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014, mengenai Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN.
- 9.) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018, mengenai Jaminan Kesehatan.
- 10.) Peraturan Pemerintah No 86 Tahun 2013, mengenai Tatacara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi.
- 11.) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2016, mengenai Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Di Rumah Sakit.
- 12.) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2015, mengenai Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran iuran Bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja .
- 13.) Peraturan BPJS Kesehatan No. 3 Tahun 2014, mengenai Kepatuhan.

14.) Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No.32 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi PPU dan BP.

15.) Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan.

16.) Peraturan Menteri Kesehatan No.99 Tahun 2015, mengenai Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.

17.) Peraturan BPJS Kesehatan No 2 Tahun 2014, mengenai Unit Pengendali Mutu dan Penanganan Pengaduan Peser.

18.) Peraturan Menteri Kesehatan No. 71, mengenai Pelayanan Kesehatan Pada JKN.

Undang-Undang No 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional pada bagian Jaminan Kesehatan, diantaranya yaitu :

Pasal 19

(1) Jaminan kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip ekuitas dan prinsip sosial.

(2) Jaminan kesehatan bertujuan agar peserta memperoleh manfaat perlindungan dan pemeliharaan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan peserta.

Pasal 20

(1) Peserta jaminan kesehatan merupakan orang yang telah membayar iuran atau iurannya telah dibayarkan oleh Pemerintah.

(2) Peserta dan seluruh anggota keluarganya berhak menerima manfaat dari jaminan kesehatan.

(3) Dengan penambahan iuran, setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarganya untuk menjadi tanggungannya.

Pasal 21

(1) Sejak peserta BPJS mengalami pemutusan hubungan kerja maka kepesertaan jaminan kesehatannya tetap berlaku paling lama enam bulan.

(2) Apabila dalam 6 bulan peserta belum memperoleh pekerjaan dan tidak mampu membayar iuran, maka iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.

(3) Peserta BPJS yang cacat total tetap dan tidak mampu membayar iuran, maka iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.

Pasal 24

(1) Tarif pembayaran pasien untuk setiap wilayahnya telah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan yang berada di wilayah tersebut.

(2) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, diwajibkan untuk membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat lima belas hari.

(3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, membentuk sistem pembayaran pelayanan kesehatan, sistem pelayanan kesehatan dan sistem kendali mutu pelayanan. Tujuannya yaitu untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.

Pasal 25

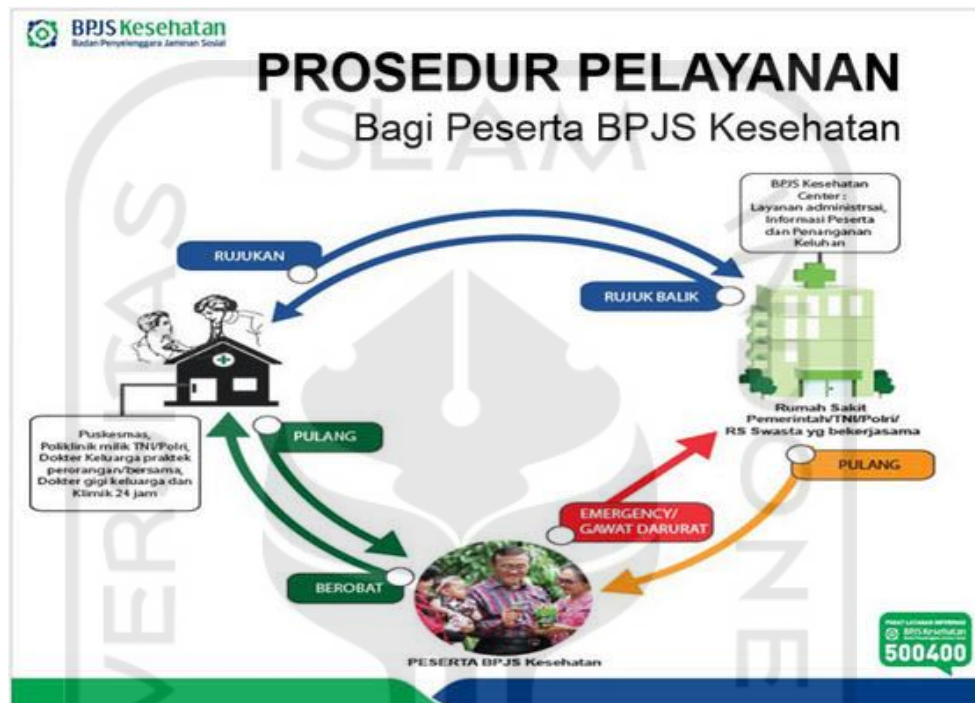
Daftar harga obat dan bahan medis, telah dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 28

Bagi pekerja yang ingin mengikutsertakan anggota keluarganya, apabila lebih dari lima orang maka wajib untuk membayar tambahan iuran.

Gambar 2.1

ALUR PENDAFTARAN PASIEN BPJS



2.2.6 Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan

Terdapat beberapa ketentuan yang harus diperhatikan dalam pengajuan klaim BPJS, diantaranya yaitu :

- 1) Untuk pengajuan klaim fasilitas kesehatan, dapat dilakukan setiap bulan paling lambat pada tanggal sepuluh bulan berikutnya. Kecuali apabila kapitasi, maka tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
- 2) BPJS Kesehatan diwajibkan untuk membayar pelayanan yang diberikan kepada peserta, dengan ketentuan paling lambat yaitu lima belas hari kerja sejak dokumen klaim diterima secara lengkap di Kantor BPJS.
- 3) Tugas dari tim kendali biaya dan tim kendali mutu :
 - a) Mengadakan sosialisasi mengenai kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensinya.
 - b) Audit medis dan *Utilization review*;
 - c) Disiplin profesi dan Pembinaan etika kepada seluruh tenaga kesehatan.
- 4) Kadaluarsa Klaim
 - a.) Klaim Kolektif Pemerintah dan klaim kolektif Swasta atas fasilitas kesehatan yaitu paling lambat dua tahun setelah pelayanan tersebut diberikan.

b.) Pengajuan batas waktu klaim perorangan yaitu dua tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali telah diatur dan dibuat secara khusus.

5) Kelengkapan administrasi klaim umum

a.) Fasilitas Kesehatan pada Tingkat Pertama

- 1) Formulir pengajuan klaim yang dirangkap menjadi tiga.
- 2) Softcopy dari data pelayanan yang telah menggunakan aplikasi P-Care atau aplikasi BPJS Kesehatan lain.
- 3) Kuitansi asli yang telah bermaterai dan ditanda tangani.
- 4) Bukti pelayanan kesehatan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.

b) Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

- 1) Formulir pengajuan klaim yang menjadi tiga rangkap.
- 2) Berkas Softcopy dari luaran aplikasi.
- 3) Kwitansi asli yang telah bermaterai dan telah ditanda tangani.
- 4) Bukti pelayanan kesehatan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarganya.

Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

1. Klaim Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP).

Besaran kapitasinya adalah sebagai berikut:

No	Fasilitas Kesehatan	Tarif
1	Puskesmas.	Rp 3.000,00 s.d Rp 6.000,00
2	Rumah Sakit, Praktek Dokter, Klinik..	Rp 8.000,00 s.d Rp 10.000,00
3	Praktik Dokter gigi.	Rp 2.000,00

- a.) Tarif kapitasi di Puskesmas sebesar Rp. 6.000,00 dan tarif kapitasi di Rumah Sakit kelas D sebesar Rp. 10.000,00.
- b.) Tarif kapitasi dokter gigi yaitu ,sebesar Rp 2.000,00 per jiwa.
- c.) BPJS Kesehatan akan membayarkan kapitasi setiap bulan paling lambat pada tanggal lima Belas bulan berjalan.

Klaim Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

- a.) Biaya pelayanan RITP yaitu sebesar Rp100.000,00 per hari.
- b.) Pengajuan klaim RITP kepada peserta pada bulan sebelumnya ,diajukan secara kolektif kepada Kantor BPJS dengan menyampaikan kelengkapan sebagai berikut :

- 1) Rekapitulasi pelayanan terdiri dari :

a) Nomor Identitas

b) Pembinaan etika

c) Diagnosa penyakit pasien

d) Alamat dan nomor telepon pasien

e) Besarnya tarif paket perawatan

f) Jumlah hari rawat;

g) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;

2) Berkas pendukung :

a) Berkas identitas peserta BPJS Kesehatan.

b) Surat perintah rawat inap dari Dokter yang memeriksa.

3) Persalinan

Berkas pendukung :

a) Berkas identitas peserta BPJS Kesehatan.

b) Lembar pelayanan pada Buku KIA, yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan untuk pemeriksaan pelayanan nifas, kehamilan dan termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan.

c) Partograf yang telah ditandatangani oleh tenaga kesehatan untuk pertolongan persalinan.

d) Surat keterangan kelahiran pasien.

Pelayanan Darah

- a.) Tarif darah yaitu sebesar Rp360.000,00 per kantong
- b.) Biaya pelayanan darah yaitu terdiri dari sarana, jasa dan dari per-kantong darah.
- c.) Tagihan darah, yang telah diajukan kepada Kantor BPJS secara kolektif setiap bulan oleh PMI.

Pelayanan Obat Program Rujuk Balik pasien

- a.) Tarif Obat sesuai e-catalog , dan telah ditambah dengan faktor pelayanan dan embalage.
- b.) Peresepan obat, sesuai dengan Daftar Obat Program Rujuk Balik pasien.
- c.) Harga dasar obat, yang sesuai dengan e-catalog dan sesuai dengan ketentuan pemerintah.
- d.) Faktor pelayanan pasien.
- e.) Ketentuan Embalage :

- 1) Embalage per resepat, yaitusebesar Rp300,00.
- 2) Embalage untuk setiap resep obat racikan, yaitu sebesar Rp500,00.

Rawat Jalan Tingkat Lanjutan :

- a.) Biaya rawat jalan tingkat lanjutan ,dibayarkan dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iuran biaya kepada pasien.
- b.) Tarif paket INA CBG's, berdasarkan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 Tahun 2013.
- c.) Tarif paket INA CBGs , sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik alat atau bahan habis pakai, jasa pelayanan, biaya administrasi, sarana, obat dan lain-lain.
- d.) Klaim pasien ,diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan, maksimal pada tanggal sepuluh bulan berikutnya.
- e.) Klaim diajukan kepada BPJS setiap bulannya.

Berikut ini adalah berkas- berkasnya :

- a) Surat Eligibilitas Peserta BPJS.
- b) Resume medis pasien,dari dokter yang merawat.

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan.

a.) Biaya rawat inap, dibayarkan dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta.

b.) Tarif paket INA CBGs berdasarkan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 Tahun 2013.

c.) Tarif paket INA CBGs sudah mencakup seluruh biaya pelayanan, diantaranya yaitu jasa pelayanan, biaya administrasi sarana, akomodasi, alat habis pakai, obat dan lain-lain.

d.) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal pada tanggal sepuluh bulan berikutnya.

e.) Tagihan harus disetujui dan ditandatangani oleh Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.

