



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jl. R.A. KARTINI NO.11 TELP. (0451) 421170 - 422343 - 421070
E-mail: dinaskesehatan@dinkes.sultengprov.go.id

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI TENGAH
NOMOR : 400.77 / 883 / DINKES

TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH
TERINTEGRASI

KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI TENGAH

- Menimbang : a. bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau serta memperoleh perlindungan berupa jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Tahun 1945;
- b. bahwa Pemerintah Daerah berkewajiban menyelenggarakan pengelolaan kesehatan di antaranya berupa upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan yang teralokasi secara adil termasuk kepada masyarakat miskin atau kurang mampu, serta masyarakat terkena bencana daerah dan kejadian luar biasa/wabah daerah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat;
- c. bahwa masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan diluar skema jkn perlu diberikan akses layanan kesehatan dengan mengalokasikan sejumlah dana anggaran pendapatan dan belanja daerah melalui program Jaminan Kesehatan Daerah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1964 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1964 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sulawesi Tengah dan Daerah Tingkat I Sulawesi Tenggara dengan

mengubah Undang-Undang Nomor 47 Perppu Tahun 1960 tentang Pembentukan Daerah Tingkat Sulawesi Utara - Tengah dan Daerah Tingkat I Sulawesi Selatan - Tenggara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1964 Nomor 7) menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1964 Nomor 94, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2687);

2. 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);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga
5. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
6. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
7. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tengah Nomor: 13 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi.

MEMUTUSKAN

**Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI
SULAWESI TENGAH TENTANG PETUNJUK TEKNIS
PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH
TERINTEGRASI**

Pasal 1

Pengaturan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi bertujuan untuk memberikan acuan operasional bagi instansi pelaksana, fasilitas kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi yang mencakup pelayanan dalam skema JKN maupun diluar skema JKN.

Pasal 2

Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi dimaksud dalam Pasal 1 sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah.

Pasal 3

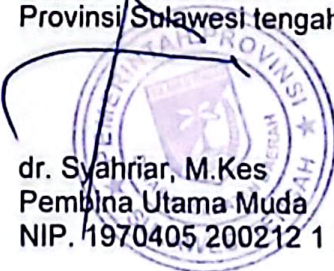
Apabila dikemudian hari terdapat hal-hal yang belum diatur atau memerlukan penyesuaian lebih lanjut, maka akan diatur melalui ketentuan tambahan atau pedoman teknis oleh Dinas Kesehatan atau instansi yang berwenang sesuai ketentuan perundang-undangan.

Pasal 4

Petunjuk Teknis ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan dapat ditinjau kembali secara berkala sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan kebijakan pelayanan kesehatan di Provinsi Sulawesi Tengah.

Ditetapkan di Palu
Pada Tanggal 1 Mei 2026
Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi Sulawesi Tengah

dr. Syahrir, M.Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 1970405 200212 1 006



LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN
KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI
SULAWESI TENGAH
NOMOR : 400.7.3/883/DINKES
TENTANG PETUNJUK TEKNIS
PENYELENGGARAAN JAMINAN
KESEHATAN DAERAH TERINTEGRASI

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah memiliki komitmen yang kuat dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang adil, merata, dan mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Dalam upaya meningkatkan kualitas serta pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Provinsi Sulawesi Tengah telah meraih predikat Universal Health Coverage (UHC) Prioritas sebagai wujud komitmen pemerintah daerah dalam menjamin akses layanan kesehatan yang merata dan berkeadilan bagi seluruh masyarakat. Capaian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat Provinsi Sulawesi Tengah telah tercakup dalam program Jaminan Kesehatan Nasional.

Namun demikian, dalam pelaksanaannya masih terdapat masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan atau memiliki status kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang tidak aktif, sehingga berpotensi menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan. Untuk mengatasi kesenjangan tersebut, Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah menggagas penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah melalui Program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi (BERANI SEHAT). Melalui program ini, seluruh masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan, termasuk masyarakat dengan tunggakan iuran BPJS Kesehatan, tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Apabila sakit dan membutuhkan layanan kesehatan, peserta dapat didaftarkan serta diaktifkan kembali status kepesertaan JKN-nya melalui aplikasi SEHATI. Masyarakat cukup menunjukkan Kartu Tanda Penduduk (KTP) Provinsi Sulawesi Tengah untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis di fasilitas pelayanan kesehatan, baik di puskesmas maupun rumah sakit.

Selain menjamin pelayanan kesehatan melalui skema JKN, Program Jaminan kesehatan Daerah Terintegrasi (BERANI SEHAT) juga memberikan perlindungan bagi masyarakat melalui skema Non-JKN. Skema ini ditujukan bagi masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan yang tidak dapat dijamin

dalam skema JKN atau sumber pembiayaan lainnya. Dalam kondisi tersebut, pemerintah daerah tetap menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sehingga masyarakat tetap memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa hambatan.

Pemerintah daerah menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan baik melalui skema JKN maupun non-JKN sesuai ketentuan yang berlaku. Dengan demikian, tidak ada warga yang tertolak dalam mengakses pelayanan kesehatan hanya karena kendala administratif atau status kepesertaan.

B. Maksud

Petunjuk Teknis ini disusun sebagai pedoman bagi Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi, agar pelaksanaannya berjalan efektif, efisien, transparan dan akuntabel.

C. Tujuan

Tujuan penyusunan Petunjuk Teknis ini adalah :

1. Petunjuk Teknis ini menjadi acuan operasional bagi Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit dalam skema penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi yang mencakup pelayanan dalam skema JKN maupun diluar skema JKN
2. Mengoptimalkan pemanfaatan dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) melalui pembiayaan pelayanan Kesehatan pada Program Berani Sehat.
3. Menjamin terselenggaranya pelayanan Kesehatan yang cepat, tepat dan terukur pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
4. Meningkatkan koordinasi dan sinergi antara Pemerintah Daerah dengan Rumah Sakit dalam penyelenggaraan pelayanan Kesehatan yang berkualitas.
5. Mendukung pencapaian target *Universal Health Coverage (UHC)* di Provinsi Sulawesi Tengah secara berkelanjutan.
6. Memastikan bahwa seluruh proses pelayanan, pembiayaan, hingga pelaporan dilakukan secara terstruktur, efektif dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

D. Sasaran

Sasaran Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah daerah (Provinsi dan

Kab/Kota), BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengaturan dalam Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi ini meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, monitoring dan evaluasi, pengawasan, dan penanganan keluhan.

BAB II

DEFINISI OPERASIONAL

Dalam Petunjuk Teknis ini yang dimaksud dengan:

- 1 Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi (Berani Sehat) Adalah Program Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah untuk menjamin pelayanan Kesehatan bagi masyarakat yang belum tercover Jaminan Kesehatan Nasional.
- 2 Peserta Adalah setiap penduduk penerima manfaat program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi (Berani Sehat).
- 3 Pelayanan Kesehatan di luar Skema JKN Adalah pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.
- 4 Fasilitas Kesehatan Adalah fasilitas pelayanan Kesehatan Tingkat pertama dan lanjutan.
- 5 Aplikasi SEHATI Adalah Sistem Elektronik Jaminan Kesehatan Terintegrasi merupakan aplikasi berbasis elektronik yang dikembangkan sebagai sarana integrasi data dan layanan jaminan Kesehatan antar Organisasi Perangkat Daerah yang menghubungkan berbagai instansi terkait, antara lain Fasilitas pelayanan Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, serta BPJS Kesehatan.
- 6 Verifikator Adalah petugas yang melakukan pemeriksaan administrasi dan kelayakan klaim.
- 7 APIP atau Aparat Pengawas Intern Pemerintah adalah instansi pemerintah yang mempunyai tugas dan fungsi melaksanakan pengawasan intern melalui kegiatan audit, reviu, evaluasi, pemantauan, dan kegiatan pengawasan lainnya terhadap penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi khususnya pada pelayanan Kesehatan di luar skema

JKN.

- 8 Peserta non register adalah kategori peserta yang diperuntukan bagi masyarakat di Kabupaten/Kota yang belum mencapai status *Universal Health Coverage* (UHC), sehingga peserta yang belum terdaftar dapat langsung di daftarkan dan di aktifkan pada hari yang sama.
- 9 Rujukan parsial adalah penyelenggaraan rujukan pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan cara mengirim pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain untuk memperoleh pelayanan Kesehatan tertentu sesuai dengan indikasi medis, tanpa mengalihkan seluruh tanggung jawab penanganan pasien, setelah pelayanan dimaksud telah diberikan, maka pasien dikembalikan ke fasilitas pelayanan Kesehatan perujuk untuk melanjutkan penanganan.
- 10 Rawat Jalan Tingkat Lanjut atau RJTL adalah pelayanan kesehatan perorangan tingkat lanjutan yang diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan secara rawat jalan untuk penanganan kasus yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau Tindakan medis spesialisik atau subspesialisik sesuai dengan indikasi medis, tanpa memerlukan perawatan inap.
- 11 Rawat Inap Tingkat Lanjut atau RITL adalah pelayanan Kesehatan perorangan Tingkat lanjutan yang diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan cara perawatan inap, guna penanganan kasus yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan/atau Tindakan medis spesialisik atau subspesialisik secara intensif sesuai dengan indikasi medis.
- 12 *Incorrect claim* adalah pengajuan klaim pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan/atau pedoman yang berlaku, yang meliputi kesalahan administrasi, ketidaksesuaian indikasi medis, ketidaktepatan diagnosis dan/atau Tindakan, sehingga berpotensi menyebabkan ketidaktepatan pembayaran klaim.
- 13 Fraud adalah Tindakan kecurangan yang dilakukan secara sengaja oleh pihak tertentu dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan/atau pengelolaan pembiayaan kesehatan, berupa manipulasi data dan/atau dokumen, pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan pelayanan yang diberikan, pemberian pelayanan yang tidak diperlukan secara medis, serta bentuk penyimpangan lainnya yang merugikan keuangan negara, dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan finansial atau manfaat lainnya secara

- tidak sah, yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.
- 14 OPD Adalah unit organisasi di lingkungan Pemerintah Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- 15 Fasyankes Adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan kepada Masyarakat, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan, yang bekerja sama atau di tetapkan oleh Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan program jaminan Kesehatan.

BAB III

TUGAS DAN FUNGSI

- A. Puskesmas
1. Melakukan penginputan data pasien yang belum memiliki jaminan kesehatan melalui aplikasi SEHATI;
 2. Memberikan pelayanan kesehatan dasar sesuai ketentuan.
- B. Rumah Sakit
1. Melakukan penginputan data pasien yang belum memiliki jaminan kesehatan melalui aplikasi SEHATI;
 2. Memberikan pelayanan kesehatan lanjutan sesuai kebutuhan medis.
- C. Dinas Sosial Provinsi/Kabupaten/Kota
1. Melakukan verifikasi data masyarakat miskin atau terlarut yang mengajukan jaminan kesehatan melalui aplikasi SEHATI;
 2. Melakukan pengecekan dan validasi data pemohon jaminan kesehatan melalui Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN);
 3. Menindaklanjuti data pengusulan masyarakat;
 4. Melakukan verifikasi atas data kepesertaan yang telah di input di aplikasi SEHATI oleh fasilitas pelayanan kesehatan;
 5. Menindaklanjuti aduan masyarakat terkait kepesertaan jaminan kesehatan sesuai dengan kewenangannya (Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota) berdasarkan Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN).
- D. Dinas Dukcapil Provinsi/Kabupaten/Kota
1. Menyediakan data kependudukan secara *real time* untuk integrasi dalam aplikasi SEHATI;
 2. Melakukan verifikasi dan validasi NIK sebagai dasar pengaktifan kepesertaan;

3. Melakukan pembaruan dan penerbitan dokumen kependudukan sebagai dasar penetapan status kepesertaan;
- E. Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota
1. Melakukan koordinasi lintas sektor terkait pemanfaatan aplikasi SEHATI;
 2. Memantau dan melakukan evaluasi pelaksanaan Program BERANI SEHAT melalui aplikasi SEHATI.
- F. BPJS Kesehatan
1. Melakukan aktivasi kepesertaan JKN sesuai hasil inputan aplikasi SEHATI;
 2. Menginteraksikan data peserta dengan sistem BPJS Kesehatan;
 3. Melakukan aktivasi kepesertaan dan reaktivasi peserta BPJS Kesehatan, baik yang tidak aktif maupun yang menunggak;
 4. Menjaga keamanan dan kerahasiaan data sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku;

BAB IV

PERENCANAAN, PENYELENGGARAAN, PENGENDALIAN, DAN EVALUASI ANGGARAN

A. Perencanaan Anggaran

Perencanaan anggaran merupakan tahapan awal yang dilakukan untuk memastikan ketersediaan dukungan pembiayaan program. Tahapan perencanaan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Melakukan identifikasi kebutuhan anggaran berdasarkan tren data historis kepesertaan seluruh segmen;
2. Penyusunan proyeksi kebutuhan anggaran berdasarkan target cakupan program;
3. Integrasi perencanaan ke dalam dokumen perencanaan daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Penetapan pagu anggaran sebagai dasar pelaksanaan program.

B. Penyelenggaraan

1. Ketentuan Umum

Program Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi yang dikembangkan di Sulawesi Tengah merupakan pendekatan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan oleh Pemerintah Daerah yang menekankan koordinasi antar pemangku kepentingan dan kesinambungan pelayanan diberbagai tingkatan untuk memastikan masyarakat mendapatkan akses yang mudah dan terkoordinasi ke

berbagai layanan kesehatan.

Program ini meliputi Program yang diintegrasikan ke Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi meliputi:

a) Regulator

Yang meliputi berbagai Perangkat Daerah/lembaga terkait antara lain Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, BPJS Kesehatan.

b) Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi

Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi adalah penduduk Sulawesi Tengah, yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah.

c) Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas) dan Fasilitas Kesehatan Kesehatan Tingkat Lanjut (Rumah Sakit) yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk Program Jaminan Kesehatan Daerah yang diintegrasikan ke Program JKN dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut yang telah bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk Program diluar skema JKN.

d) Penyelenggara

BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi

2. Prinsip Penyelenggaraan

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi mengacu pada prinsip-prinsip efektif, efisien, dan tepat sasaran dan akuntabel sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku.

C. Pengendalian Anggaran

Pengendalian anggaran dilakukan untuk memastikan bahwa realisasi penggunaan anggaran sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan. Pengendalian dilaksanakan melalui:

1. Pemantauan realisasi anggaran secara berkala;
2. Pemcocokan antara klaim pelayanan dengan ketersediaan anggaran;
3. Verifikasi administratif dan substantif terhadap pengajuan klaim dari fasilitas pelayanan Kesehatan;

4. Identifikasi deviasi antara rencana dan realisasi anggaran;
5. Pengambilan Langkah korektif bila terjadi potensi kekurangan atau kelebihan anggaran.

D. Evaluasi Anggaran

Evaluasi anggaran dilakukan sebagai tahapan akhir untuk menilai kinerja penggunaan anggaran dan sebagai dasar perbaikan kedepan. Evaluasi dilaksanakan melalui:

1. Analisis capaian realisasi anggaran terhadap target yang telah ditetapkan;
2. Penilaian efektifitas penggunaan anggaran dalam mendukung pelayanan Kesehatan;
3. Identifikasi permasalahan dalam pelaksanaan anggaran, termasuk kendala administrasi dan teknis;
4. Penyusunan rekomendasi perbaikan untuk perencanaan dan pelaksanaan periode berikutnya;
5. Pelaporan hasil evaluasi kepada pimpinan sebagai bahan pengambilan kebijakan.

BAB V

PESERTA DAN KEPESERTAAN

A. Ketentuan Umum

1. Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Jaminan Kesehatan Nasional
 - a. Masyarakat Sulawesi Tengah sebagai segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah yang selanjutnya disebut PBPU Pemda.
 - b. Dinas Sosial berwenang menetapkan data kepesertaan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU). Selama seseorang ditetapkan sebagai peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional:
 - a. Peserta Program Jaminan Kesehatan nonregister;
 - b. Korban tindak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT);
 - c. Dalam hal korban tindak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang perkaranya tidak ditangani oleh Kepolisian maka masuk kategori korban

tindak penganiayaan;

- d. Penduduk yang terlantar tidak memiliki identitas yang jelas;
- e. Korban akibat bencana yang tidak ditanggung sumber pembiayaan lainnya;
- f. Korban akibat wabah/Kejadian Luar Biasa;
- g. Pasien yang memerlukan penanganan kesehatan melalui terapi akupunktur.
- h. Program layanan kesehatan lainnya yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan;
- i. Program layanan kesehatan lainnya yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan sebagaimana di maksud huruf (h) adalah:
 - 1) Korban akibat penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja yang tidak dijamin oleh sumber pembiayaan lainnya (BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan);
 - 2) korban akibat dari tindakan pelaku pelanggaran undang-undang;
 - 3) korban akibat tindak penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 4) korban akibat tindak penganiayaan yang dimaksud pada poin 3) adalah:
 - a) korban akibat tindak kekerasan yang disebabkan oleh pelaku yang berada dibawah pengaruh minuman keras dan atau narkoba;
 - b) korban akibat tindak kekerasan, pengeroyokan dan penganiayaan yang dilakukan dengan sengaja atau tidak disengaja.
 - 5) Korban akibat kecelakaan lalu lintas yang tidak dijamin BPJS Kesehatan, Jasa Raharja dan atau sumber pembiayaan lainnya.
 - 6) Selisih Biaya Terhadap Layanan MRI yang tidak dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

B. Pendaftaran Kepesertaan

- 1. Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Jaminan Kesehatan Nasional
 - Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
 - Dinas Sosial menyerahkan row data Peserta PBPU dan BP kepada BPJS Kesehatan sebagai data awal sesuai Surat Keputusan/Berita

Acara Rekonsiliasi *by name by address* untuk selanjutnya didaftarkan sebagai peserta JKN.

- BPJS Kesehatan dapat melakukan pendaftaran peserta tambahan berdasarkan data peserta yang diinput oleh Rumah Sakit dan Puskesmas melalui SEHATI.
 - Proses verifikasi sampai dengan pendaftaran kepesertaan dilakukan melalui sistem SEHATI.
2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional
- Fasilitas Kesehatan menginput data peserta melalui SEHATI
 - Perangkat Daerah terkait sesuai kewenangannya akan memverifikasi dan melakukan validasi.

BAB VI

PELAYANAN KESEHATAN

A. Ketentuan Umum

1. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Jaminan Kesehatan Nasional
 - a. Pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Daerah yang Terintegrasi dengan JKN dilaksanakan sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Pelayanan kesehatan diberikan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional
 - a. Pelayanan kesehatan yang tidak masuk dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional merupakan pelayanan Kesehatan yang diberikan berdasarkan kriteria penjaminan yang mengacu pada Peraturan Gubernur Nomor 13 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi.
 - b. Pelayanan kesehatan diberikan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Provinsi, Kabupaten/Kota dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan Dinas Kesehatan Provinsi.

B. Manfaat Pelayanan Kesehatan

1. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Jaminan Kesehatan Nasional

Pelayanan Kesehatan ini mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku mengenai pelaksanaan program JKN.

2. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang dijamin :

a. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut/Rujukan Tingkat Lanjutan yang mencakup:

- 1) Administrasi pelayanan sesuai dengan ketentuan persyaratan pengajuan klaim yang berlaku.
- 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis atau subspesialis termasuk pelayanan kedaruratan.
 - (a) Tindakan medis spesialis baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis.
 - (b) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 - (c) Pelayanan alat Kesehatan.
 - (d) Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai indikasi medis.
 - (e) Rehabilitasi medis.
 - (f) Pelayanan darah.
 - (g) Pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan *visum etepertum*.

b. Rawat inap tingkat lanjut;

Ruang lingkup pelayanan Kesehatan RITL adalah sesuai dengan cakupan pelayanan di RITL dengan tambahan akomodasi yaitu :

- 1.) Perawatan inap non intensif
- 2.) Perawatan inap intensif

c. Pelayanan gawat darurat;

Pelayanan gawat darurat yang dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku.

d. Pelayanan obat;

- 1) Pemberian obat untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) berdasarkan resep obat dari dokter spesialis/subspesialis yang merawat berpedoman pada Formularium Nasional dan atau Formularium Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi medis.
- 2) Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Fasilitas

Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain yang ditetapkan menjadi Formularium Rumah Sakit.

e. Pelayanan alat kesehatan;

- 1) Alat Kesehatan yang diberikan atas indikasi medis.
- 2) Alat kesehatan disediakan oleh rumah sakit dan tidak dibebankan kepada pasien.
- 3) Jenis alat bantu Kesehatan yang dimaksud adalah:
 - a) Alat bantu dengar (*hearing aid*)
 - b) Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/meck brace*)
 - c) Jaket penyangga tulang (*corset*)
 - d) Prothesa alat gerak kaki (kaki/tangan tiruan)
 - e) Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh
- 4) Ketentuan pelayanan alat bantu Kesehatan :
 - a) Alat bantu dengar (*Hearing Aid*)
 - (1) Penjamin alat bantu dengar diberikan atas rekomendasi dari spesialis THT
 - (2) Alat bantu dengar dapat diberikan maksimal sekali dalam 5 (lima) tahun pertelinga.
 - (3) Apabila sebelum 5 tahun diperlukan pergantian alat bantu dengar (*hearing aid*) oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain maka Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah tidak menjamin.
 - b) Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*)
 - (1) Diberikan sebagai penyangga kepala dan leher karena trauma leher dan kepala sesuai dengan indikasi medis.
 - (2) Penyangga leher dapat diberikan maksimal 1 kali dalam 2 (dua) tahun.
 - (3) Apabila sebelum 2 tahun diperlukan pergantian collar neck sebab apapun maka Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah tidak menjamin.
 - c) Jaket penyangga tulang (*corset*)
 - (1) Diberikan sebagai alat bantu untuk dapat menjaga kestabilan tulang pinggang pada saat beraktifitas.
 - (2) Jaket penyangga tulang dapat diberikan maksimal 1 kali dalam 2 (dua) tahun.
 - (3) Apabila sebelum 2 tahun diperlukan pergantian jaket

penyangga tulang sebab apapun maka Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah tidak menjamin.

d) Prothesa alat gerak kaki (kaki/tangan tiruan)

- (1) Diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis orthopedi.
- (2) Prothesa alat gerak kaki/tangan dapat diberikan maksimal 1 kali.

e) Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh

- (1) Kruk merupakan alat bantu jalan yang dapat digunakan satu atau dua (berpasangan) untuk mengatur keseimbangan
- (2) Kruk diberikan maksimal 1 kali.

f. Pelayanan rujukan parsial;

- 1) Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau specimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi yang merupakan perawatan pasien di fasilitas kesehatan tersebut.
- 2) Rujukan parsial dapat berupa:
 - a) Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau Tindakan;
 - b) Pengiriman specimen untuk pemeriksaan penunjang
 - c) Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab rumah sakit perujuk.

g. Pelayanan ambulans;

- 1) Pelayanan ambulans merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antara fasilitas Kesehatan, disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- 2) Penjaminan pelayanan ambulans diberikan bagi pasien dengan kondisi tertentu antar rumah sakit.
- 3) Yang dimaksud dengan kondisi tertentu pada poin 1 diatas adalah kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat.
- 4) Pelayanan ambulans yang tidak dijamin adalah pelayanan yang tidak sesuai ketentuan diatas termasuk :
 - a) Jemput pasien selain dari Fasilitas Kesehatan (rumah, jalan dan lokasi lain)
 - b) Mengantar pasien dengan tujuan selain fasilitas Kesehatan.
 - c) Rujukan Parsial (antar jemput pasien atau specimen dalam

rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau Tindakan yang merupakan rangkaian perawatan pasien disalah satu fasilitas Kesehatan)

d) Pasien rujuk balik rawat jalan dan rawat inap.

3. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang tidak dijamin:

- a. Pelayanan kesehatan bagi pelaku tindak pidana penganiayaan.
- b. Pelayanan kesehatan bagi pelaku yang melanggar ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- c. Pelayanan kesehatan akibat percobaan bunuh diri;
- d. Pelayanan kesehatan akibat tindakan menyakiti diri sendiri (*self-harm*) atau akibat melakukan aktivitas dan/atau hobi yang membahayakan diri, seperti *bungee jumping*, *rafting*, *base jumping*, *free diving*, berselancar terjun payung, panjat tebing, balap motor dan aktivitas sejenis;
- e. Pelayanan kesehatan akibat abortus yang dilakukan secara sengaja dan tidak sesuai indikasi medis.
- f. Pelayanan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD).
- g. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik, termasuk sirkumsisi yang dilakukan tanpa indikasi medis.
- h. Pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk penanganan infertilitas.
- i. Pelayanan perawatan gigi berupa perataan gigi (ortodonsi).
- j. Pelayanan kesehatan akibat gangguan kesehatan atau penyakit yang disebabkan oleh ketergantungan obat dan/atau alkohol.
- k. Pelayanan kesehatan berkaitan dengan pengobatan dan/atau tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimental).
- l. Pelayanan kesehatan berkaitan dengan pemberian alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
- m. Pelayanan kesehatan berkaitan dengan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- n. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kesehatan lainnya.
- o. Biaya pelayanan kesehatan yang timbul akibat kejadian tidak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*).
- p. Biaya atas pelayanan tambahan yang tidak termasuk dalam cakupan manfaat jaminan kesehatan.

C. Prosedur Pelayanan Kesehatan

1. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Prosedur pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Daerah yang Terintegrasi dengan JKN dilaksanakan sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Tidak Masuk Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL).

- 1) Peserta melakukan pendaftaran pada loket pendaftaran di Rumah Sakit. Setelah proses pendaftaran dilakukan, petugas rumah sakit akan melakukan penginputan data pasien ke aplikasi SEHATI. Penginputan data dalam aplikasi SEHATI mencakup identitas pasien, tanggal pelayanan serta dokumen pendukung lainnya yang dipersyaratkan sesuai ketentuan yang berlaku.
- 2) Rumah Sakit melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan obat dan BMHP.
- 3) Rumah Sakit menagihkan klaim berdasarkan Tarif Peraturan Daerah (PERDA) dan atau Tarif Peraturan Rumah Sakit.
- 4) Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) di Rumah Sakit, beberapa kemungkinan adalah sebagai berikut :
 - a) Pelayanan telah selesai dan pasien pulang.
 - b) Pasien pulang, pelayanan belum selesai dan diperintahkan untuk pemeriksaan penunjang pada hari berikutnya.
 - c) Pelayanan selesai, tetapi diperintahkan untuk kontrol.
 - d) Untuk pasien Radio Terapi, Fisio Terapi dan Hiperbarik yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan maka jumlah pelayanan yang diberikan oleh dokter penanggungjawab layanan ditentukan berdasarkan indikasi medis.
 - e) Peserta dirujuk ke UPF lain dalam Rumah Sakit (Rujukan intern).
 - f) Peserta pasca rawat inap.

b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

- 1) Merupakan tindak lanjut dari pelayanan IGD dan Poli rawat jalan atau rujukan dari FKRTL lain.
- 2) Proses pendaftaran dilakukan oleh petugas rumah sakit melalui

aplikasi SEHATI. Penginputan data dalam aplikasi SEHATI mencakup identitas pasien, tanggal pelayanan serta dokumen pendukung lainnya yang dipersyaratkan sesuai ketentuan yang berlaku.

- 3) Rumah Sakit melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP.
 - 4) Rumah Sakit menagihkan klaim menggunakan Tarif Peraturan Daerah (PERDA) atau Tarif Rumah Sakit.
 - 5) Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan RITL, beberapa kemungkinan tindak lanjut pelayanan adalah sebagai berikut :
 - a) Pelayanan RITL selesai dan pasien pulang.
 - b) Pelayanan RITL selesai, tetapi peserta diperintahkan untuk kontrol.
 - c) Mekanisme kontrol pasien pasca rawat inap di FKRTL berlaku 3 kali pelayanan kurun waktu 1 bulan.
 - d) Untuk pasien Radio Terapi, Fisio Terapi dan Hiperbarik yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan maka jumlah pelayanan yang diberikan oleh dokter penanggungjawab layanan ditentukan berdasarkan indikasi medis.
 - e) Peserta di rujuk balik.
 - f) Peserta di rujuk ke FKRTL lain.
- c. Pelayanan Darah
- 1) Pelayanan darah dapat dilakukan sesuai indikasi medis.
 - 2) Prosedur pelayanan darah yang dilakukan rumah sakit mengikuti ketentuan pelayanan darah yang di atur oleh rumah sakit dan jejaringnya.
- d. Pelayanan Alat Kesehatan
- Ketentuan Umum :
- 1) Peserta mendapatkan pelayanan medis dari/atau tindakan medis di Fasilitas Kesehatan sesuai dengan prosedur pelayanan RJTL dan RITL.
 - 2) Dokter menulis resep alat kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
 - 3) Peserta menandatangani bukti penerimaan alat kesehatan.
 - 4) Dinas Kesehatan memastikan pasien mendapatkan alat kesehatan dengan cara melihat bukti penerimaan alat kesehatan dan bila perlu dilakukan konfirmasi kepada pasien.

e. Pelayanan Gawat Darurat

Dalam keadaan gawat darurat, maka :

- 1) Pelayanan harus segera di berikan tanpa diperlukan surat rujukan. Peserta dapat langsung ke rumah sakit melalui Unit Gawat Darurat (UGD).
- 2) Prosedur pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan mengikuti prosedur pelayanan yang berlaku.

f. Prosedur Pelayanan Ambulans :

- 1) Peserta yang sedang menjalani perawatan akan mendapatkan pelayanan ambulans sesuai indikasi medis.
- 2) Prosedur rujukan antar fasilitas kesehatan mengikuti ketentuan sistem rujukan berjenjang berlaku.
- 3) Dalam hal pelayanan rujukan menggunakan ambulans ke Rumah Sakit, tarif pelayanan ambulans dibayarkan sesuai dengan ketentuan tarif dalam Peraturan Daerah yang berlaku.

BAB VII PENDANAAN

A. Ketentuan Umum

1. Tata cara penganggaran, pelaksanaan dan pertanggungjawaban program Jaminan Kesehatan yang terintegrasi dengan JKN mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pembiayaan program Jaminan Kesehatan Daerah yang tidak masuk dalam sistem JKN berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - a. Pembayaran ke Fasyankes berdasarkan klaim pelayanan yang diajukan oleh setiap Fasyankes.
 - b. Pembayaran ke Fasyankes mengikuti pola tarif PERDA dan atau tarif Rumah Sakit yang berlaku pada Fasyankes.
 - c. Pembayaran klaim dapat dibayarkan setelah dilakukan verifikasi oleh tim verifikator yang dibentuk oleh Kepala Dinas Kesehatan, dan dilakukan review Aparat Pengawas Internal Pemerintah Daerah untuk mencegah adanya indikasi dugaan ketidaksesuaian klaim (*incorrect claim*) atau fraud.

B. Sumber Pendanaan

Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran Dinas Kesehatan.

C. Mekanisme Pengajuan Dan Pembayaran

1. Pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada Dinas Kesehatan Provinsi dilakukan secara rutin setiap tanggal 10 bulan berikutnya atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien.
2. Tarif klaim yang diajukan mengacu pada tarif kelas III sesuai PERDA dan atau Tarif Rumah Sakit .
3. Kelengkapan berkas penagihan klaim pelayanan kesehatan tingkat lanjutan:
 - a. Formulir Pengajuan Klaim (FPK);
 - b. Salinan Identitas Pasien (KTP/KK);
 - c. Bukti pelayanan yang ditanda tangani oleh pasien atau anggota keluarga;
 - d. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP);
 - e. Surat perintah rawat inap (untuk RITL) (**Khusus Pasien Rawat Inap*);
 - f. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditanda tangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) untuk rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL);
 - g. Laporan Operasi (**Khusus pasien yang diberikan tindakan operasi sesuai indikasi medis*);
 - h. Resep Farmasi;
 - i. Bukti Hasil Pemeriksaan Penunjang (**Khusus Pasien yang melakukan pemeriksaan Laboratorium/ Radiologi/ EKG/ pemeriksaan penunjang lainnya*);
 - j. Surat Keterangan Dirawat (**Khusus Pasien Rawat Inap*);
 - k. Lembar CPPT/Asuhan Keperawatan (**Khusus Pasien Rawat Inap*);
 - l. Resep alat kesehatan (Khusus Pasien yang menggunakan alat kesehatan sesuai indikasi medis);
 - m. Tanda terima alat kesehatan (alat bantu dengar, alat bantu gerak, dll);
 - n. Billing sistem atau rincian tagihan rumah sakit;
 - o. Berkas kelengkapan lain:
 - 1) Lembar Triage untuk pasien IGD;
 - 2) Lembar persetujuan tindakan sesuai ketentuan Rumah Sakit bagi pasien yang diberikan tindakan medis tertentu;
 - 3) Surat Keterangan Rencana Kontrol untuk pasien kontrol sesuai ketentuan yang berlaku;
 - 4) Surat Keterangan pasien adalah korban bencana/wabah/KLB dari Desa/Kelurahan;

- 5) Surat Rujukan Umum untuk pasien rawat jalan yang dirujuk dari FKTP;
- 6) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat dengan menerangkan kondisi medis pada saat ada rujukan;
- 7) Untuk pasien korban Kekerasan Dalam rumah Tangga (KDRT) yang perkaranya ditangani oleh Kepolisian maka wajib melampirkan Surat Keterangan Telah Melakukan Visum dan surat Laporan dari Kepolisian;
- 8) Untuk pasien korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) yang prosesnya tidak ditangani oleh kepolisian maka kasus ini masuk dalam kategori tindak penganiayaan dan tidak perlu melampirkan Surat Keterangan telah Melakukan Visum dan surat laporan dari Kepolisian;
- 9) Surat Laporan Kepolisian bagi pasien dengan kasus tertentu;
- 10) Surat Keterangan dari Dinas Sosial bagi pasien yang merupakan penduduk terlantar dan tidak memiliki identitas yang jelas;
- 11) Bukti pelayanan ambulans yang memuat informasi tentang :
 - a) Identitas pasien.
 - b) Waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari fasilitas perujuk dan jam tiba di fasilitas kesehatan tujuan).
 - c) Jarak tempuh dari faskes perujuk ke faskes penerima rujukan (km)
 - d) Nama Fasilitas kesehatan perujuk.
 - e) Nama Fasilitas kesehatan tujuan perujuk.
- 12) Dalam hal terdapat pasien rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau dari Rumah sakit perujuk ke Rumah Sakit penerima rujukan, maka fasilitas kesehatan perujuk wajib melampirkan bukti pelayanan ambulans sesuai ketentuan yang berlaku pada poin 11;
- 13) Tanda tangan dan stempel dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan;
- 14) Apabila pasien meninggal, maka fasilitas pelayanan Kesehatan melampirkan surat keterangan kematian;
- 15) Jika kondisi pasien meninggal saat perjalanan menuju fasilitas kesehatan penerima rujukan atau sebaliknya, maka klaim dapat ditagih sesuai tarif Perda yang berlaku dan surat keterangan kematian pasien dikeluarkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan terkait.

- p. Surat Pernyataan dan atau Bukti Pelayanan telah dilakukan tindakan MRI bagi pasien yang telah diberikan tindakan tersebut sesuai indikasi medis.
 - q. Bukti jumlah selisih biaya antara Tarif INA-CBGs dan Tarif Perda untuk layanan MRI yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan yang biaya selisihnya akan dibebankan dalam skema Non JKN.
 - r. Berita Acara hasil review APIP (Aparatur Pengawas Internal Pemerintah).
4. Pengajuan klaim dilakukan melalui aplikasi SEHATI dengan proses sebagai berikut:
- a. Rumah Sakit mengupload berkas di aplikasi SEHATI secara lengkap sesuai persyaratan kelengkapan dokumen klaim.
 - b. Tim verifikator Dinas Kesehatan akan melakukan verifikasi atas kelengkapan dan keabsahan berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit;
 - c. Jika masih terdapat dokumen yang perlu dilengkapi, RS diberikan waktu untuk memperbaiki atau melengkapi kembali dokumen tersebut selama 3 (tiga) hari kerja sejak verifikator Dinas Kesehatan Provinsi mengirimkan surat informasi kelengkapan/perbaikan;
 - d. Selanjutnya verifikator melakukan verifikasi kembali dan jika sudah sesuai dibuatkan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang di tandatangani oleh verifikator, APIP dan direktur rumah sakit kemudian di upload kembali ke aplikasi SEHATI sebagai bukti lampiran proses pembayaran klaim;
5. Pembayaran alat kesehatan :
- a. Biaya alat kesehatan FKRTL di bayarkan ke Rumah Sakit.
 - b. Penagihan alat bantu kesehatan sesuai dengan tarif yang berlaku di rumah sakit.
6. Pembayaran Tagihan :
- a. Dinas Kesehatan wajib membayar tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada Rumah Sakit paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sejak terbit dokumen Berita Acara Hasil Verifikasi, dikecualikan adanya keterlambatan proses pengelolaan keuangan daerah.
 - b. Klaim pelayanan kesehatan yang tidak dapat dibayarkan ditahun berjalan karena anggaran yang tidak mencukupi, maka klaim dapat dibayarkan pada tahun berikutnya setelah diakui sebagai hutang di dalam APBD tahun berikutnya.

- c. Dinas Kesehatan tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena rumah sakit memberikan fasilitas dan/atau pelayanan kesehatan diluar yang menjadi hak peserta.
- d. Apabila kemudian hari ditemukan kelebihan atau kekurangan pembayaran, maka baik Dinas Kesehatan maupun Rumah Sakit wajib mengembalikan kelebihan atau membayar kekurangan yang dituangkan di dalam berita acara perjanjian ini.

BAB VIII

MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara terencana, sistematis, dan berkelanjutan untuk memastikan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi berjalan sesuai dengan tujuan, sasaran, serta ketentuan yang telah ditetapkan. Kegiatan ini juga bertujuan untuk mendeteksi dini permasalahan, peningkatan kualitas pelayanan, serta menjamin akuntabilitas pelaksanaan program.

A. Tujuan Monitoring dan Evaluasi

1. Memantau kesesuaian pelaksanaan program dan perencanaan;
2. Menilai capaian indikator kinerja program;
3. Mengidentifikasi kendala dan hambatan dalam pelaksanaan;
4. Menyusun rekomendasi perbaikan kebijakan dan teknis pelaksanaan.

B. Ruang Lingkup Monitoring dan Evaluasi

1. Aspek pelayanan kesehatan (akses, mutu, dan kesinambungan layanan);
2. Aspek kepesertaan dan validitas data;
3. Aspek pengelolaan klaim dan pembiayaan;
4. Aspek kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku.

C. Pelaksanaan Monitoring

Monitoring dilakukan secara berkala dengan tahapan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan verifikasi dan validasi data dari OPD terkait;
2. Pelaksanaan kunjungan lapangan;
3. Identifikasi permasalahan secara dini berdasarkan hasil pemantauan;

D. Pelaksanaan Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai capaian kinerja program secara menyeluruh dengan tahapan:

1. Penilaian efektifitas dan efisiensi pelaksanaan program;
2. Identifikasi faktor pendukung dan penghambat;
3. Penyusunan rekomendasi tindak lanjut.

E. Indikator Monitoring dan Evaluasi

1. Cakupan kepesertaan;
2. Ketepatan waktu penyelesaian klaim;
3. Kesesuaian penggunaan anggaran.

F. Pelaporan dan Tindak Lanjut

1. Hasil monitoring dan evaluasi disusun dalam bentuk laporan berkala;
2. Laporan disampaikan kepada pimpinan sebagai bahan pengambilan kebijakan;
3. Tindaklanjut hasil monitoring dan evaluasi menjadi bagian dari perbaikan berkelanjutan program.

BAB IX

MEKANISME PENGADUAN MASYARAKAT

1. Pengaduan masyarakat dapat disampaikan melalui:
 - a. Layanan Aduan BERANI SEHAT yang ada di Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan Dinas Kependudukan & Pencatatan Sipil Provinsi Sulawesi Tengah.
 - b. Pusat Pengelolaan Laporan dan Aduan Masyarakat Berbasis Sistem Digital atau Command Center Brerani SAMPOROA.
2. Pengaduan ditindaklanjuti oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi (Berani Sehat).
3. Setiap pengaduan wajib ditindaklanjuti paling lambat 24 jam.
4. Hasil tindak lanjut pengaduan di dokumentasikan dan dilaporkan.

BAB X

PENGENDALIAN RISIKO

Pengendalian risiko dalam pelaksanaan Program Jaminan kesehatan Daerah Terintegrasi (Berani Sehat) dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan untuk meminimalkan potensi terjadinya hambatan, penyimpangan, maupun kerugian baik dari aspek pelayanan, administrasi, maupun keuangan.

Pengendalian risiko dilaksanakan melalui tahapan yang terstruktur mulai dari identifikasi hingga pemantauan risiko.

A. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko merupakan tahapan awal untuk mengenali potensi risiko yang dapat terjadi dalam pelaksanaan program, meliputi:

1. Risiko pelayanan: keterlambatan pelayanan, penolakan pasien, atau ketidaksesuaian prosedur medis.
2. Risiko administrasi: ketidaksesuaian data, kelengkapan dokumen, dan kesalahan input.
3. Risiko keuangan: klaim tidak sesuai, kelebihan pembayaran, atau potensi fraud
4. Risiko koordinasi antar OPD dan fasilitas kesehatan.

Identifikasi dilakukan secara berkala oleh pengelola program dan pihak terkait.

B. Analisis Risiko.

Setelah risiko diidentifikasi, dilakukan analisis untuk menentukan tingkat risiko berdasarkan kemungkinan terjadinya dampak yang ditimbulkan, dengan langkah:

1. Menilai tingkat kemungkinan (probabilitas) terjadinya risiko.
2. Menilai dampak risiko terhadap pelayanan, keuangan, dan kinerja program.
3. Mengelompokkan risiko berdasarkan tingkat prioritas (tinggi, sedang, rendah)

Hasil analisis digunakan sebagai dasar dalam penentuan langkah pengendalian.

C. Mitigasi Risiko

Mitigasi risiko dilakukan untuk mengurangi kemungkinan dan/atau dampak risiko melalui:

1. Penyusunan Standar Operasional prosedur (SOP) yang jelas.
2. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui sosialisasi dan pelatihan.
3. Penguatan sistem verifikasi dan validasi data serta klaim.
4. Peningkatan koordinasi antar OPD dan fasilitas kesehatan.
5. Pemanfaatan sistem informasi untuk meminimalkan kesalahan manual.

BAB XI

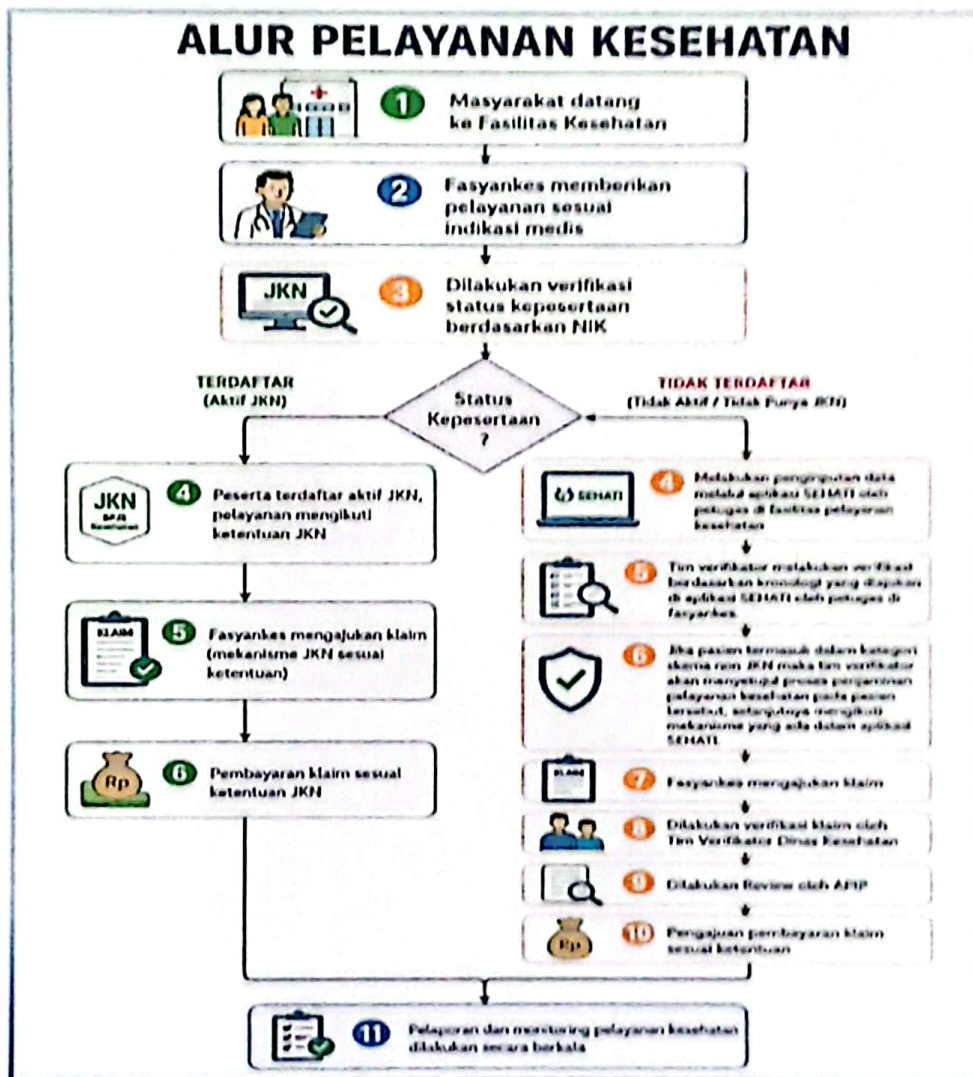
ALUR PELAYANAN

A. Uraian Alur Pelayanan

1. Pelayanan Kesehatan Yang Terintegrasi Dengan JKN
 - a) Masyarakat datang ke Fasilitas Kesehatan
 - b) Fasyankes memberikan pelayanan sesuai indikasi medis
 - c) Dilakukan verifikasi status kepesertaan berdasarkan NIK
 - d) Apabila terdaftar aktif JKN, pelayanan mengikuti ketentuan JKN

- e) Apabila tidak terdaftar JKN, peserta di daftarkan melalui Program Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi (Berani Sehat)
 - f) Fasyankes memberikan pelayanan sesuai indikasi medis.
 - g) Pembayaran klaim sesuai ketentuan.
2. Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Masuk Dalam Sistem JKN
- a) Masyarakat datang ke fasilitas kesehatan
 - b) Fasyankes memberikan pelayanan sesuai indikasi medis
 - c) Dilakukan verifikasi status kepesertaan berdasarkan NIK
 - d) Melakukan penginputan data melalui aplikasi SEHATI oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan
 - e) Tim verifikator melakukan verifikasi berdasarkan kronologi yang diajukan di aplikasi SEHATI oleh petugas di fasyankes.
 - f) Jika pasien termasuk dalam kategori skema non JKN maka tim verifikator akan menyetujui proses penjaminan pelayanan kesehatan pada pasien tersebut, selanjutnya mengikuti mekanisme yang ada dalam aplikasi SEHATI.
 - g) Fasyankes mengajukan klaim
 - h) Dilakukan verifikasi klaim oleh Tim Verifikator Dinas Kesehatan
 - i) Dilakukan Review oleh APIP
 - j) Pengajuan pembayaran klaim sesuai ketentuan.

B. Bagan Alur (Flowchart)



BAB XII

PENUTUP

Petunjuk teknis Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Terintegrasi ini disusun sebagai pedoman operasional bagi seluruh pemangku kepentingan dalam rangka menjamin pelaksanaan program yang efektif, efisien, transparansi, dan akuntabel di Provinsi Sulawesi Tengah.

Dengan di tetapkannya petunjuk teknis ini, diharapkan seluruh perangkat daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, serta pihak terkait lainnya dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara terkoordinasi dan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sinergi lintas sektor menjadi kunci utama dalam memastikan bahwa masyarakat memperoleh akses pelayanan kesehatan yang optimal, khususnya bagi masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan.

Dalam pelaksanaannya, apabila terdapat perkembangan kebijakan, perubahan regulasi, atau kondisi tertentu yang memerlukan penyesuaian, maka petunjuk teknis ini dapat dilakukan penyempurnaan sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian petunjuk teknis ini disusun untuk di pedomani dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi Sulawesi Tengah



dr. Syahrir, M.Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 1970405 200212 1 006