

Upah 200 Pegawai RS Otanaha Tak Dibayarkan



Diterbitkan pada 17 September 2017 oleh Harian Gorontalo (Situs Berita Gorontalo Post)

Gorontalo, hargo.co.id - Di tengah gencar-gencarnya upaya pemerintah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Rumah Sakit Otanaha Kota Gorontalo yang merupakan salah satu ujung tombak layanan kesehatan justru harus berhenti beroperasi. Rumah Sakit yang terletak di Kelurahan Buladu, Kecamatan Kota Barat, Kota Gorontalo itu ditutup sementara sejak 14 September lalu.

Informasi yang dirangkum Gorontalo Post, penutupan sementara itu dipicu oleh persoalan manajemen. Khususnya berkaitan dengan pembayaran upah bagi 200 pegawai di RS Otanaha Kota Gorontalo. Terdiri 115 perawat, 16 dokter, 20 pegawai administrasi, 25 pegawai Cleaning Service, 10 pegawai apotek dan 13 pegawai laboratorium.

Ratusan pegawai itu belum menerima upah dari klaim BPJS Kesehatan Gorontalo sejak Desember 2016. Kondisi itu berlaku hingga Mei 2017.

Penutupan sementara RS Otanaha Kota Gorontalo ini menuai keprihatinan Wakil Walikota Gorontalo dr.Budi Doku yang juga penasehat Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Provinsi Gorontalo.

“Persoalan ini harusnya sudah ditangani Dinas Kesehatan (Dikes) Kota Gorontalo. Karena Dikes itu adalah presidennya bidang kesehatan di Kota Gorontalo,” tegas Budi Doku.

Menurut Budi Doku, total klaim yang harus dibayarkan BPJS Kesehatan Gorontalo sebanyak Rp 651 juta. Nilai itu termasuk sarana dan prasarana serta jasa medik dan pegawai di RS Otanaha. Rinciannya Desember 2016 sebesar Rp 134,187 juta, Januari 2017 Rp 98,546 juta, April Rp 86,096 juta dan terakhir Mei Rp 332,737 juta.

“Sehingga total klaim jasa, sebanyak Rp 651,567 juta yang belum terbayarkan,” terang Budi.

Demikian pula dengan pelayanan pada pasien selama empat bulan tersebut. Jumlahnya berbeda-beda. Desember 2016 pasien rawat inap 60 orang, Januari 2017 pasien rawat inap 44 orang, April 33 pasien rawat inap dan Mei 140 pasien rawat inap. Lain lagi dengan pasien rawat

jalan yang hanya mencapai 10 orang. Sehingga ditotalkan jumlah pasien tersebut sebanyak 285 orang, di antaranya 275 rawat inap dan 10 rawat jalan.

“Saya sudah memanggil Kadis Kesehatan Kota Gorontalo, untuk mempertanyakan persoalan ini. Jika memang tidak mampu ditalangi oleh APBN, maka dinas sebagai sektor terkait, wajib mengusulkan untuk penangannya melalui APBD,” terang Budi Doku.

“Saya juga mengundang Sekda, membahas masalah ini,” timpal Budi Doku.

Sementara itu Kepala Dinas Kesehatan Kota Gorontalo dr.Nur Albar menegaskan, bukan gaji yang tak dibayarkan. Tetapi jasa pelayanan untuk medis dan jasa para tenaga penunjang lainnya.

“Persoalan itu dipicu akibat Direktur RS mempekerjakan satu dokter spesialis yang tak punya Surat Izin Praktek (SIP) sebagai dokter penanggung jawab pasien (DPJP),” ungkap Nur Albar.

Menurut Nur Albar, pasien yang dilayani adalah peserta BPJS. Sehingga rumah sakit mengajukan klaim BPJS. Akan tetapi lantaran DJPD tak memiliki SIP maka klaim tak bisa dibayarkan oleh BPJS.

“Dokter harus memiliki SIP dalam berpraktek. Hal itu sebagaimana diatur dalam Permenkes 2052 tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran,” ujar Nur Albar.

Pasal 2 ayat (1) Permenkes 2052 menyebutkan, setiap dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran wajib memiliki SIP. Ayat (2) SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

“BPJS pun memakai dasar PMK ini (Permenkes 2052) dalam membayar klaim tagihan dari RS atau fasilitas kesehatan lainnya yang bekerjasama dengan mereka. Karena klaim tidak dibayar itu berdampak kepada provider di rumah sakit,” urai Nur Albar.

“Jasa pelayanan utk Medis (dokter) dan Paramedis (perawat),” lanjutnya.

Sebelumnya, kata Nur Albar, Dinas Kesehatan sudah mengingatkan seluruh Direktur RS dan Klinik di Kota Gorontalo, termasuk RS Otanaha untuk melengkapi SIP bagi seluruh tenaga kesehatan yang dipekerjakan. Peringatan itu dikirim melalui Surat pada Medio Desember 2016.

Kemudian disusul peninjauan lapangan pada Januari 2017 bersama Organisasi profesi dan BPJS.

“Pada saat itu BPJS sudah mengingatkan Direktur RS Otanaha. Dan klaim untuk dokter Spesialis tersebut juga sudah dipending. Namun direktur tidak menyelesaikan, tetapi tetap mempekerjakan kembali yang bersangkutan pada April, Mei dan Juni. Untuk masalah ini sudah pernah dirapatkan dan diupayakan mencari solusi tetapi terkendala aturan yang dipatuhi BPJS,” jelas Nur Albar.

Persoalam ini akan dikonsultasikan ke Kemenkes pekan depan bersama Wakil Walikota Budi Doku.

“Kami sangat berharap seluruh Provider di RS agar tetap menjalankan pelayanan. Sebab, bukan saja penduduk Kota yang dilayani di RS tersebut tetapi juga masyarakat dari kabupaten Gorontalo,” tandasnya. **(ndi/hargo)**

Sumber:

<http://hargo.co.id/berita/upah-200-pegawai-rs-otanaha-tak-dibayarkan.html> diakses pada tanggal 18 September 2017

Catatan:

- **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)** adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Pasal 1 angka 2 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional);
- **Fasilitas Kesehatan** adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat (Pasal 1 angka 5 Permenkes 71/2013);
- **Jaminan Kesehatan** adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Pasal 1 angka 1 Permenkes 71/2013);
- **Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama** adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap (Pasal 1 angka 6 Permenkes 71/2013);
- **Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan** adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialis atau sub spesialis yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus (Pasal 1 angka 9 Permenkes 71/2013);
- Berdasarkan Pasal 2 Permenkes 71/2013 disebutkan bahwa penyelenggara pelayanan kesehatan terdiri atas:

- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, dapat berupa:
 - Puskesmas atau yang setara;
 - Praktik dokter;
 - Praktik dokter gigi;
 - Klinik pratama atau yang setara; dan
 - Rumah Sakit Kelas D Pratama atau setara.
 - b. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, dapat berupa:
 - Klinik utama atau yang setara;
 - Rumah Sakit Umum;
 - Rumah Sakit Khusus.
- Untuk dapat bekerjasama dengan BPJS, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus memenuhi persyaratan sebagai berikut (Pasal 6 Permenkes 71/2013):
 - a. Praktik dokter atau dokter gigi
 - Surat Ijin Praktik;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 - perjanjian kerja sama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring lainnya;
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional; dan
 - Sudah terakreditasi
 - b. Puskesmas atau yang setara
 - Surat Ijin Operasional;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 - perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional; dan
 - Sudah terakreditasi.
 - c. Klinik Pratama atau yang setara
 - Surat Ijin Operasional;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;

- Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 - perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional; dan
 - Sudah terakreditasi.
- d. Rumah Sakit Kelas D Pratama:
- Surat Ijin Operasional;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 - Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan;
 - Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional; dan
 - Sudah terakreditasi.
- Untuk dapat bekerjasama dengan BPJS, Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut (Pasal 7 Permenkes 71/2013):
 - a. Klinik utama atau yang setara:
 - Surat Ijin Operasional;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 - perjanjian kerja sama dengan laboratorium, radiologi, dan jejaring lain jika diperlukan; dan
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - b. Rumah Sakit:
 - Surat Ijin Operasional;
 - Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 - Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan; dan
 - Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

- BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada Peserta dengan besaran yang ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah fasilitas kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri. Untuk pelayanan nonkapitasi yang diberikan oleh jejaring Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan membayarkan langsung klaim pembiayaan pelayanan tersebut kepada jejaring Fasilitas Kesehatan (Pasal 32 Permenkes 71/2013 sebagaimana telah diubah dengan Permenkes No 99 Tahun 2015);
- BPJS Kesehatan membayarkan klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit yang meliputi:
 - a. Administrasi pelayanan;
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis dasar di Unit Gawat Darurat (UGD);
 - c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - d. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. Rehabilitasi medis termasuk rehabilitasi psikososial;
 - h. Pelayanan darah;
 - i. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
 - j. Pelayanan jenazah (pemulasaran jenazah) pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (tidak termasuk peti jenazah);
 - k. Pelayanan keluarga berencana termasuk tubektomi interval, sepanjang tidak termasuk dibiayai oleh pemerintah;
 - l. Perawatan inap non-intensif; dan
 - m. Perawatan inap di ruang intensif.

Pembayaran didasarkan pada dua macam tarif, yaitu tarif INA-CBG dan Non INA-CBG. Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya

rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Tata cara pengajuan klaim tarif Non INA-CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG (Pasal 12 dan 13 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana terakhir kali diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan).

Disclaimer:

Seluruh informasi yang disediakan dalam Catatan Berita ini bertujuan sebagai sarana informasi umum dan pendidikan, tidak dapat dianggap sebagai nasehat hukum maupun pendapat suatu instansi.