



**BERITA DAERAH
KABUPATEN BANTUL**

No. 05, 2014

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.
Petunjuk pelaksanaan, sistem pembiayaan,
penggunaan dana, pelayanan kesehatan,
tingkat pertama, puskesmas, peserta, badan
penyelenggara jaminan sosial kesehatan,
program, jaminan kesehatan nasional.

BUPATI BANTUL

PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

PERATURAN BUPATI BANTUL

NOMOR 05 TAHUN 2014

TENTANG

PETUNJUK PELAKSANAAN SISTEM PEMBIAYAAN DAN PENGGUNAAN DANA
PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PADA PUSKESMAS BAGI
PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANTUL,

- Menimbang
- a. bahwa dalam rangka tertib administrasi dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, perlu pengaturan pengelolaan keuangan dalam pelaksanaan sistem pembiayaan dan penggunaan dana pelayanan kesehatan tingkat pertama pada Puskesmas bagi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati Bantul tentang Petunjuk Pelaksanaan Sistem Pembiayaan dan Penggunaan Dana Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Pada Puskesmas Bagi Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
- Mengingat
1. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 44);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang Tahun 1950 Nomor 12, 13, 14 dan 15 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 59);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1999 tentang Pengamanan Persediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3870);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
12. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pembentukan dan Organisasi Dinas Daerah Kabupaten Bantul (Lembaran Daerah Kabupaten Bantul Tahun 2007 Seri D Nomor 15) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 17 Tahun 2011 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pembentukan dan Organisasi Dinas Daerah Kabupaten Bantul (Lembaran Daerah Kabupaten Bantul Tahun Seri D Nomor 17);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 09 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum (Lembaran Daerah Kabupaten Bantul Tahun 2011 Seri B Nomor 11) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 08 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 09 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum (Lembaran Daerah Kabupaten Bantul Tahun 2013 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bantul Nomor 22);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI BANTUL TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN SISTEM PEMBIAYAAN DAN PENGGUNAAN DANA PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PADA PUSKESMAS BAGI PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Bantul.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Bantul.
3. Bupati adalah Bupati Bantul.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit yang ada di wilayah Kabupaten Bantul.
7. 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.
8. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
9. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
10. Kartu Peserta adalah identitas yang diberikan kepada setiap peserta sebagai bukti peserta yang sah dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
11. 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 Kabupaten dan/atau Masyarakat.
12. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
13. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.
14. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum yang dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosa pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
15. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum yang dilaksanakan pada puskesmas perawatan, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosa, pengobatan dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
16. Hari rawat adalah lamanya peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat, dengan memperhitungkan tanggal keluar dikurangi tanggal masuk.
17. Pelayanan persalinan adalah pelayanan terhadap proses lahirnya bayi baik kurang bulan maupun cukup bulan secara spontan maupun disertai penyulit yang memerlukan tindakan medis termasuk pasca persalinannya.
18. Tarif Kapitasi adalah pembayaran per bulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

19. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
20. Jasa sarana adalah biaya yang dibayarkan untuk penggunaan sarana di puskesmas, bahan dan alat habis pakai serta obat-obatan.
21. Jasa pelayanan adalah biaya jasa pelaksanaan dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lain serta untuk administrasi pelayanan.

BAB II SISTEM PEMBIAYAAN DAN PENGGUNAAN DANA

Bagian Kesatu Rawat Jalan Tingkat Pertama

Pasal 2

- (1) Biaya rawat jalan tingkat pertama dan tarif pemeriksaan *antenatal care (ANC)*, *post natal care (PNC)*/neonatus, pelayanan KB pemasangan IUD/*implant* dan suntik, ditetapkan berdasarkan sistem pembiayaan kapitasi.
- (2) Besaran biaya pelayanan kesehatan untuk Puskesmas yang pembayarannya dilakukan dengan sistem kapitasi dibedakan atas klasifikasi :
 - a. Puskesmas tanpa dokter umum;
 - b. Puskesmas dengan satu dokter umum tanpa dokter gigi ;
 - c. Puskesmas dengan satu dokter umum dan ada dokter gigi;
 - d. Puskesmas dengan lebih dari satu dokter umum tanpa dokter gigi; dan
 - e. Puskesmas dengan lebih dari satu dokter umum dan dokter gigi.
- (3) Komponen pembiayaan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas jasa sarana dan jasa pelayanan.
- (4) Besaran biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur sesuai dengan MoU antara BPJS dengan Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 3

Penggunaan dana kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 50% (lima puluh persen) untuk jasa sarana; dan
- b. sebesar 50% (lima puluh persen) untuk jasa pelayanan.

Pasal 4

Penggunaan jasa sarana sebesar 50% (lima puluh persen) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 20% (dua puluh persen) digunakan untuk biaya pemenuhan kebutuhan sarana prasarana penunjang pelayanan kesehatan dasar Puskesmas; dan
- b. sebesar 80% (delapan puluh persen) digunakan untuk operasional dan pengembangan Puskesmas.

Pasal 5

Penggunaan jasa pelayanan sebesar 50% (lima puluh persen) sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 3 huruf b diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 93% (sembilan puluh tiga persen) digunakan untuk jasa pelayanan yang pelaksanaannya diserahkan kepada Puskesmas sesuai dengan kompetensinya; dan
- b. sebesar 7% (tujuh persen) digunakan untuk operasional dan jasa tim manajemen yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dalam rangka peningkatan ketertiban dan kelancaran pelayanan terhadap peserta BPJS.

Pasal 6

Biaya pelayanan kesehatan berdasarkan sistem pembiayaan non kapitasi meliputi pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik dan pelayanan *skrining* kesehatan tertentu, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. pelayanan pemeriksaan rujuk balik meliputi pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP) dan Gula Darah *Postprandial* (GDPP) dilakukan 1 (satu) bulan sekali;
- b. dalam keadaan tertentu, pemeriksaan gula darah sewaktu dapat dilakukan sesuai indikasi medis;
- c. pelayanan *skrining* kesehatan tertentu meliputi pemeriksaan Inspeksi Visual Asetat (IVA), *pap smear*, dan gula darah;
- d. pelayanan pemeriksaan diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang telah mendapatkan analisis riwayat kesehatan dengan hasil teridentifikasi mempunyai risiko penyakit tertentu; dan
- e. besaran biaya sebagai akibat tindakan sesuai ketentuan pada huruf a dan huruf c diatur sesuai dengan Kesepakatan Bersama (MoU) antara BPJS Kesehatan dengan Kepala Dinas Kesehatan.

Bagian Kedua Rawat Inap Tingkat Pertama

Pasal 7

- (1) Pelayanan rawat inap tingkat pertama bagi peserta dapat dilakukan di Puskesmas perawatan.
- (2) Pelayanan rawat inap tingkat pertama meliputi :
 - a. paket rawat inap pasien umum;
 - b. paket persalinan pervaginam normal;
 - c. penanganan perdarahan pasca keguguran;
 - d. persalinan pervaginam dengan tindakan *emergency* dasar;
 - e. pelayanan tindakan pasca persalinan (mis. Placenta Manual);
 - f. pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan *neonatal*; dan
 - g. penanganan komplikasi KB pasca persalinan.
- (3) Dalam hal Puskesmas perawatan tidak mempunyai kemampuan pelayanan untuk memberikan pelayanan kesehatan atau tindakan medis bagi peserta, maka wajib merujuk ke PPK Tingkat Pertama yang memiliki kemampuan dan/ atau PPK Tingkat Lanjutan.

Pasal 8

- (1) Tarif pelayanan rawat inap tingkat pertama ditetapkan berdasarkan non kapitasi dengan tarif paket per hari rawat.
- (2) Tarif paket rawat inap tingkat pertama komponen non kapitasi terdiri dari jasa sarana dan jasa pelayanan.
- (3) Tarif atas jasa sarana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan biaya penggunaan sarana dan fasilitas Puskesmas rawat inap, akomodasi, obat-obatan, bahan dan alat kesehatan habis pakai yang digunakan dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, dan/atau pelayanan medis lainnya.
- (4) Tarif atas jasa pelayanan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) meliputi biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, konsultasi, visite, dan/atau pelayanan medis lainnya, serta untuk pelaksanaan administrasi pelayanan.
- (5) Besaran biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur sesuai dengan Kesepakatan Bersama (MoU) antara BPJS dengan Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 9

Penggunaan tarif paket per hari rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 50% (lima puluh persen) untuk jasa sarana; dan
- b. sebesar 50% (lima puluh persen) untuk jasa pelayanan.

Pasal 10

Penggunaan jasa sarana sebesar 50% (lima puluh persen) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 20 % (dua puluh persen) digunakan untuk biaya pemenuhan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP); dan
- b. sebesar 80 % (delapan puluh persen) digunakan untuk akomodasi yang meliputi biaya kamar, biaya makan dan minum, dan biaya laundry.

Pasal 11

Penggunaan jasa pelayanan sebesar 50% (lima puluh persen) sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 9 huruf b diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 93% (sembilan puluh tiga persen) digunakan untuk jasa pelayanan pasien yang pelaksanaannya diserahkan kepada Puskesmas sesuai dengan kompetensinya; dan
- b. sebesar 7 % (tujuh persen) digunakan untuk operasional dan jasa tim manajemen yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dalam rangka peningkatan ketertiban dan kelancaran pelayanan terhadap peserta BPJS.

Pasal 12

- (1) Pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf b, huruf c, huruf d, huruf e, huruf f dan huruf g meliputi tindakan persalinan dan perawatan ibu dan bayi.
- (2) Perawatan ibu dan bayi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk rawat gabung, kecuali atas indikasi medis.
- (3) Tarif pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 ayat (2) huruf b, huruf c, huruf d, huruf e, huruf f dan huruf g meliputi tarif atas jasa sarana, jasa pelayanan.

Pasal 13

Penggunaan tarif paket per hari rawat inap pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf b, huruf c, huruf d, huruf e, huruf f dan huruf g diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 25 % (dua puluh lima persen) untuk jasa sarana; dan
- b. sebesar 75 % (tujuh puluh lima persen) untuk jasa pelayanan.

Pasal 14

- (1) Penggunaan jasa sarana sebesar 25% (dua puluh lima persen) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf a meliputi biaya penggunaan sarana, akomodasi, Bahan Medis Habis Pakai, Bahan Bakar Minyak (BBM) dan biaya pemenuhan lainnya yang digunakan dalam rangka pelayanan.
- (2) Penggunaan jasa pelayanan sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 13 huruf b meliputi biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, konsultasi, visite, dan/atau pelayanan medis lainnya, serta untuk pelaksanaan administrasi pelayanan

Pasal 15

Penggunaan jasa pelayanan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 13 huruf b diatur sebagai berikut :

- a. sebesar 93% (sembilan puluh tiga persen) digunakan untuk jasa pelayanan pasien yang pelaksanaannya diserahkan kepada Puskesmas sesuai dengan kompetensinya; dan
- b. sebesar 7 % (tujuh persen) digunakan untuk operasional dan jasa tim manajemen yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dalam rangka peningkatan ketertiban dan kelancaran pelayanan terhadap peserta BPJS.

BAB IV
PENGADAAN KEBUTUHAN SARANA PRASARANA PENUNJANG PELAYANAN
KESEHATAN DASAR PUSKESMAS

Pasal 16

- (1) Pengadaan kebutuhan sarana prasarana penunjang pelayanan kesehatan dasar Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a merupakan biaya untuk melengkapi kebutuhan di Puskesmas.
- (2) Perencanaan kebutuhan sarana prasarana penunjang pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan bersama oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan.
- (3) Pelaksanaan pengadaan dan pendistribusian ke Puskesmas dilaksanakan oleh Dinas kesehatan.

Pasal 17

- (1) Pengadaan kebutuhan untuk operasional dan pengembangan Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b merupakan biaya untuk melengkapi kebutuhan di Puskesmas.
- (2) Perencanaan kebutuhan untuk operasional dan pengembangan Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan bersama oleh Puskesmas dan/atau Dinas Kesehatan.
- (3) Pelaksanaan pengadaan dilaksanakan oleh Puskesmas dan/atau Dinas Kesehatan.

Pasal 18

Pengadaan kebutuhan sarana, akomodasi, Bahan Medis Habis Pakai, Bahan Bakar Minyak (BBM) dan biaya pemenuhan lainnya yang digunakan dalam rangka pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf a dan Pasal 14 dilaksanakan oleh Puskesmas.

BAB V
MEKANISME PEMBAYARAN

Pasal 19

- (1) Pembayaran kapitasi dilaksanakan sesuai mekanisme pengelolaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Dinas kesehatan membuka rekening di Bank Pembangunan Daerah Istimewa Yogyakarta (BPD DIY) cabang Bantul atas nama Dinas Kesehatan;

- b. BPJS Kesehatan mentransfer dana kapitasi ke rekening Dinas Kesehatan;
 - c. Dinas Kesehatan melakukan penyetoran dana kapitasi ke Kas Daerah; dan
 - d. pembayaran dana kapitasi kepada Puskesmas sesuai dengan mekanisme APBD.
- (2) Pembayaran dana non kapitasi diberikan lewat Dinas Kesehatan dengan cara sebagai berikut :
- a. rekening dana non kapitasi sama dengan rekening dana kapitasi;
 - b. tagihan pelayanan non kapitasi diajukan oleh Puskesmas ke BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya dengan tembusan Dinas Kesehatan;
 - c. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi tagihan yang diajukan, dan setelah disetujui pembayaran ditransfer ke rekening Dinas Kesehatan;
 - d. Dinas Kesehatan melakukan penyetoran dana non kapitasi ke Kas Daerah; dan
 - e. pembayaran dana non kapitasi kepada Puskesmas sesuai dengan mekanisme APBD.

BAB VI PELAPORAN DAN PEMBINAAN

Pasal 20

- (1) Penggunaan dana yang berasal dari BPJS dipertanggungjawabkan oleh Puskesmas kepada Bupati Cq. Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Dinas Kesehatan memberikan pembinaan kepada Puskesmas dalam hal pelaksanaan Peraturan Bupati ini.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 21

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dalam Berita Daerah Kabupaten Bantul.

Ditetapkan di Bantul
pada tanggal 10 JANUARI 2014

BUPATI BANTUL,

ttd

SRI SURYA WIDATI

Diundangkan di Bantul
pada tanggal 10 JANUARI 2014


SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANTUL,

ttd

RIYANTONO

BERITA DAERAH KABUPATEN BANTUL TAHUN 2014 NOMOR 05

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n. Sekretaris Daerah Kabupaten Bantul
u.b. Asisten Pemerintahan
Kepala Bagian Hukum


GUNAWAN BUDI SANTOSO.S.Sos.M.H
NIP. 19691231 199603 1 017