

PERATURAN GUBERNUR JAWA TIMUR
NOMOR 35 TAHUN 2016
TENTANG
MEKANISME PEMBIAYAAN DAN PENGAJUAN KLAIM
PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA JAMINAN
KESEHATAN DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAWA TIMUR,

- Menimbang :
- a. bahwa masih terdapat penambahan kepesertaan masyarakat miskin dan tidak mampu dari golongan masyarakat Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial yang belum dapat diintegrasikan ke dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional karena terkendala pemenuhan persyaratan identitas kependudukan;
 - b. bahwa terdapat pelayanan kesehatan yang tidak termasuk dalam program Jaminan Kesehatan Nasional sehingga Pemerintah Provinsi perlu melakukan pelayanan dimaksud agar masyarakat miskin Provinsi Jawa Timur dapat terlayani secara optimal dan terpadu;
 - c. bahwa pelayanan kesehatan yang belum masuk dalam program Jaminan Kesehatan Nasional pembiayaannya ditanggung Pemerintah Daerah Provinsi dan/atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui sistem Jaminan Kesehatan Daerah
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan gubernur tentang Mekanisme Pembiayaan dan Pengajuan Klaim Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Daerah;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Djawa Timur (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 18 Tahun 1950 tentang Perubahan Dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1950 (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950);

2. Undang-Undang

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. 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);
4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235)
7. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
11. Peraturan Presiden Nomor 166 Tahun 2014 tentang Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBG's;

13. Peraturan

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 523 Tahun 2015 tentang Formularium Nasional;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG MEKANISME PEMBIAYAAN DAN PENGAJUAN KLAIM PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN DAERAH

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Provinsi adalah Provinsi Jawa Timur.
2. Gubernur adalah Gubernur Jawa Timur.
3. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur.
4. Pemerintah Kabupaten/Kota adalah Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di Jawa Timur.
5. Dinas Kesehatan Provinsi adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur.
7. Dinas Sosial adalah Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur.
8. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur.
10. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Timur dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten/Kota di Jawa Timur.
11. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah salah satu bentuk usaha kesejahteraan kesehatan di Provinsi Jawa Timur berupa perlindungan dan pemeliharaan kesejahteraan kesehatan yang memberikan jaminan bagi anggota masyarakat yang belum masuk sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

12. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
13. Pejabat Pengelola Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut PP-BPJKD adalah pihak yang berwenang dari bertanggung jawab melakukan verifikasi terhadap klaim dari Pemberi Pelayanan Kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur.
14. Penerima Bantuan Iuran yang selanjutnya disingkat PBI adalah masyarakat miskin yang menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang pembayaran iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat
15. Penerima Bantuan Iuran Daerah yang selanjutnya disingkat PBI-D adalah masyarakat miskin yang menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang pembayaran iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
16. Tarif Indonesian – Case Based Group yang selanjutnya disingkat Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
17. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN 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.
18. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur, Rumah Sakit UPT Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan/atau Rumah Sakit TNI/POLRI/Swasta yang bekerjasama oleh Pemerintah Kabupaten/Kota untuk memberi pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesda.
19. Tagihan klaim adalah tagihan yang dibayarkan atas manfaat pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh PPK.

21. Force Majeur adalah suatu kejadian yang terjadi di luar kemampuan manusia dan tidak dapat dihindarkan sehingga suatu kegiatan tidak dapat dilaksanakan atau tidak dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.
23. Droping kasus jiwa adalah pemulangan pasien kasus jiwa yang telah selesai masa perawatannya, sedangkan pihak keluarga atau panti yang belum mengambil dan/atau menolak untuk mengambil pulang meskipun sudah ada pemberitahuan boleh pulang dari pihak Rumah Sakit di wilayah Jawa Timur

BAB II KEPESEERTAAN

Pasal 2

Peserta Jamkesda, terdiri atas :

- a. masyarakat miskin yang meliputi:
 - 1) pemegang kartu Jamkesda yang belum masuk Program JKN/Kartu Indonesia Sehat;
 - 2) seniman;
 - 3) penghuni panti milik Pemerintah Provinsi;
 - 4) penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan; dan
 - 5) gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap;
- b. Masyarakat dengan kondisi tertentu, meliputi:
 - 1) pasien penderita kusta/mantan penderita kusta;
 - 2) pasien gangguan jiwa yang dipasung;
 - 3) penderita gagal ginjal yang memerlukan cuci darah;
 - 4) penderita Thalasemia;
 - 5) penderita Hemofilia;
 - 6) penderita kelainan kongenital;
 - 7) penderita gizi buruk;
 - 8) penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI);
 - 9) pengungsi masalah sosial yang ditanggung Pemerintah Provinsi selama masih di penampungan milik Pemerintah Provinsi;
 - 10) penderita TB Multipled Drug Resistence (MDR);
 - 11) penderita AIDs; dan
 - 12) karyawan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah dan keluarganya yang belum mempunyai jaminan kesehatan.

Pasal 3

- (1) Pemerintah Kabupaten/Kota yang telah mengintegrasikan peserta Jamkesda ke Program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan wajib memberikan laporan kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan Provinsi;

(2) Dalam

- (2) Dalam hal Pemerintah Kabupaten/Kota tidak memberikan laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka Pemerintah Kabupaten/Kota wajib membayar tagihan klaim bagi peserta pemegang Kartu Jamkesda yang mendapat pelayanan kesehatan di PPK.

BAB III PEMBIAYAAN

Pasal 4

- (1) Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi pemegang kartu Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a angka 1) ditanggung bersama oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota, dengan perbandingan sebesar 50% untuk Pemerintah Provinsi dan sebesar 50% untuk Pemerintah Kabupaten/Kota.
- (2) Pembiayaan Peserta Jamkesda selain pemegang kartu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a angka 2) sampai dengan 5) dan huruf b selama belum didaftarkan ke BPJS Kesehatan biaya pelayanan kesehatannya ditanggung 100% oleh Pemerintah Provinsi.
- (3) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan melalui mekanisme klaim oleh pihak PPK kepada Pemerintah Provinsi dan/atau Pemerintah Kabupaten/Kota.

Pasal 5

- (1) Biaya pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ditanggung sesuai tarif INA – CBG's dan ketentuan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- (2) Biaya pelayanan kesehatan bagi Peserta PBI JKN yang mendapat pelayanan kesehatan di Rumah Sakit milik Provinsi dan UPT Dinas Kesehatan Provinsi tetapi biaya pelayanan kesehatannya tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan, pembiayaannya dapat ditanggung oleh Pemerintah Provinsi melalui dana Jamkesda
- (3) Masyarakat miskin bukan peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan bukan peserta PBI JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang mendapat pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Provinsi dan UPT Dinas Kesehatan Provinsi, dapat dibiayai dengan dana Jamkesda atas permintaan Pemerintah Provinsi dan/atau Pemerintah Kabupaten/Kota

BAB IV

BAB IV
PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 6

- (1) Pelayanan kesehatan yang diterima Peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sesuai dengan Program JKN.
- (2) Peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Peserta PBI/PBI-D mendapatkan pembiayaan pelayanan transportasi pemulangan jenazah dan droping kasus jiwa di wilayah Provinsi Jawa Timur, dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Peserta Jamkesda yang menggunakan fasilitas kesehatan milik Pemerintah Provinsi, Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang:
 - 1) Peserta Jamkesda pemegang kartu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a angka 1) yang berasal dari Kabupaten/Kota yang melakukan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Provinsi, pembiayaannya ditanggung Pemerintah Provinsi sebesar 50% dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebesar 50%.
 - 2) Peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 selain huruf a angka 1), yang berasal dari Kabupaten/Kota baik yang melakukan perjanjian kerjasama maupun tidak melakukan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Provinsi, pembiayaannya 100 % (seratus persen) ditanggung Pemerintah Provinsi.
 - 3) Peserta PBI/PBI-D Kabupaten/Kota yang tidak melakukan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Provinsi, pembiayaannya 100 % (seratus persen) ditanggung Pemerintah Provinsi.
 - b. Peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dari Kabupaten/Kota baik yang melakukan perjanjian kerjasama maupun yang tidak melakukan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Provinsi yang menggunakan fasilitas kesehatan milik Pemerintah Kabupaten/Kota, pembiayaannya ditanggung 100 % (seratus persen) oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.

BAB V
PENGAJUAN DAN PENCAIRAN KLAIM

Pasal 7

- (1) PPK mengajukan berkas lengkap klaim dana pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin peserta Jamkesda kepada Dinas Kesehatan Provinsi c.q PP-BPJKD paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
- (2) Terhadap klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan verifikasi oleh PP-BPJKD paling lambat 25 (dua puluh lima) hari kerja sejak berkas diterima lengkap dari PPK.
- (3) Berkas klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dinyatakan lengkap apabila ada surat pengantar yang dilampiri berkas klaim pelayanan dan soft copy file data INA CBG's (txt).
- (4) Apabila terdapat revisi terhadap berkas klaim, berkas dikembalikan kepada PPK dan dalam waktu paling lambat 2 (dua) hari kerja setelah pengembalian berkas yang sudah direvisi disampaikan kembali kepada PP-BPJKD.
- (5) Dalam hal terjadi keterlambatan proses verifikasi oleh PP-BPJKD yang tidak disebabkan atas keterlambatan masuknya berkas klaim dari PPK, PP-BPJKD bertanggungjawab untuk melakukan proses penyelesaian tagihan klaim.

Pasal 8

- (1) Hasil verifikasi klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dituangkan dalam Berita Acara Persetujuan Klaim yang meliputi:
 - a. Berita Acara Persetujuan Klaim untuk peserta Jamkesda pemegang kartu yang berisi persetujuan awal klaim secara keseluruhan/sebesar 100% (seratus persen) dan dilampiri perhitungan nilai rekapitulasi klaim sebesar 50% (lima puluh persen) untuk Pemerintah Provinsi dan sebesar 50% (lima puluh persen) untuk Pemerintah Kabupaten/Kota;
 - b. Berita Acara Persetujuan Klaim untuk peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 kecuali huruf a angka 1), yang berisi pembiayaan sebesar 100% (seratus persen) oleh Pemerintah Provinsi dilampiri dengan perhitungan klaim pelayanan rawat jalan, rawat inap untuk tiap Kabupaten/Kota dan pelayanan transportasi pemulangan jenazah dan droping kasus jiwa untuk pelayanan di PPK Provinsi.
 - c. Berita Acara Persetujuan Klaim di luar paket INA CBG's untuk peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a dilampiri dengan perhitungan klaim pelayanan rawat jalan, rawat inap untuk tiap Kabupaten/Kota.

(2) Berita

- (2) Berita Acara Persetujuan Klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beserta dokumen kelengkapannya disampaikan oleh Direktur PP-BPJKD kepada Direktur PPK, Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendapatkan persetujuan.
- (3) Dokumen kelengkapan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi :
 - 1) kwitansi global;
 - 2) kwitansi per-Kabupaten/Kota;
 - 3) rekapitulasi pelayanan kesehatan masyarakat miskin;
 - 4) klaim rawat jalan;
 - 5) klaim rawat inap; dan
 - 6) rekapitulasi klaim
- (4) Berita Acara Persetujuan Klaim beserta dokumen kelengkapannya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dikembalikan kepada PP-BPJKD paling lambat 7 (tujuh) hari kerja, untuk kemudian diserahkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
- (5) Dalam waktu paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak diterimanya Berita Acara Persetujuan Klaim beserta dokumen kelengkapannya dari PP-BPJKD, Dinas Kesehatan Provinsi menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) dan menyampaikan kepada Bendahara Umum Daerah Provinsi untuk diterbitkan Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) kepada rekening PPK.
- (6) Untuk penagihan klaim pelayanan kesehatan dengan pembagian (*sharing*) pembiayaan Jamkesda ke Kabupaten/Kota sebesar 50% (lima puluh persen), PP-BPJKD menerbitkan Surat Penagihan dan menyampaikan kepada PPK untuk dikirimkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- (7) Format Berita Acara Persetujuan Klaim beserta dokumen kelengkapannya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Pasal 9

- (1) Dalam hal pengajuan klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (5) diterima Bendahara Umum Daerah Provinsi melewati waktu 3 (tiga) bulan dari bulan pelayanan kesehatan, maka tagihan klaim dinyatakan kadaluwarsa dan dinyatakan tidak bisa dibayar
- (2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan apabila disebabkan *force majeure* yang dibuktikan dengan berita acara yang ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan Direktur PP-BPJKD.

(3) Apabila

(3) Apabila *force majeure* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terjadi di PPK, berita acara ditandatangani oleh Direktur PPK yang disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan Direktur PP-BPJKD.

Pasal 10

Tagihan klaim yang belum terbayar hingga tahun anggaran berjalan berakhir, dapat dibayar menggunakan anggaran pelayanan kesehatan Jamkesda tahun anggaran berikutnya dengan memperhitungkan kemampuan keuangan daerah.

Pasal 11

Pemerintah Kabupaten/Kota melakukan pembayaran klaim secara langsung kepada PPK sesuai prosedur yang berlaku di Kabupaten/Kota dan menyerahkan fotocopy bukti pembayarannya kepada Dinas Kesehatan Provinsi.

BAB VI

PERTANGGUNGJAWABAN

Pasal 12

Berita Acara Persetujuan Klaim dan Dokumen kelengkapan klaim Jamkesda asli sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 8 ayat (4) disimpan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan tembusannya oleh PP-BPJKD diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bersangkutan.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Gubernur ini dipergunakan sebagai dasar pembiayaan dan pengajuan klaim Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Daerah oleh PPK kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2016.

Pasal 14

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 86 Tahun 2014 tentang Mekanisme Pengajuan Klaim Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Peserta Jamkesda beserta Peraturan Gubernur Nomor 41 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 86 Tahun 2014 tentang Mekanisme Pengajuan Klaim Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Peserta Jamkesda dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 15

Pasal 15

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan
Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita
Daerah Provinsi Jawa Timur.

Ditetapkan di Surabaya
pada tanggal 31 Mei 2016

GUBERNUR JAWA TIMUR

ttd

Dr. H. SOEKARWO

Diundangkan di Surabaya

Pada tanggal 31 Mei 2016

an. SEKRETARIS DAERAH

PROVINSI JAWA TIMUR

Kepala Biro Hukum

ttd

Dr. HIMAWAN ESTU BAGIJO, SH, MH

Pembina Utama Muda

NIP. 19640319 198903 1 001

BERITA DAERAH PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2016 NOMOR 35 SERI E.