

**BERITA DAERAH
KOTA BEKASI**



NOMOR : 69

2014

SERI : E

**PERATURAN WALIKOTA BEKASI
NOMOR 69 TAHUN 2014**

TENTANG

**PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT
MISKIN DI LUAR JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KOTA BEKASI**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BEKASI,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin di Kota Bekasi, maka Peraturan Walikota Bekasi Nomor 75 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Luar Kuota Jamkesmas di Kota Bekasi perlu untuk ditinjau kembali;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Luar Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bekasi perlu ditetapkan dengan Peraturan Walikota.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1996 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Bekasi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3663);

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 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. 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);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

9. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
10. 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);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
13. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
14. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);

15. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);
16. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 04 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2007 Nomor 4 Seri A);
17. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 13 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Publik di Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2007 Nomor 13 Seri E);
18. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 03 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Wajib dan Pilihan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2008 Nomor 3 Seri E);
19. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 06 Tahun 2008 tentang Dinas Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2008 Nomor 6 Seri D) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 10 Tahun 2014 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 06 Tahun 2010 tentang Dinas Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2014 Nomor 10 Seri D).

Memperhatikan : Berita Acara Rapat Nomor 440/112/DINKES tentang Rapat Persiapan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bekasi Tahun 2015 pada tanggal 27 Februari 2015.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI LUAR JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KOTA BEKASI.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Bekasi.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota beserta Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Bekasi.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Bekasi.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Bekasi.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit.
7. Rumah Sakit Pemerintah adalah Rumah Sakit yang dikelola Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat.
8. Rumah Sakit Swasta adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh Pihak Swasta.
9. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Bekasi.
10. 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.

11. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disingkat Jamkesda adalah upaya Pemerintah Kota Bekasi dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin di Kota Bekasi yang sudah memiliki kartu peserta atau yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, di luar peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
12. Kartu Peserta Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Kartu Sehat Kota Bekasi adalah bukti kepesertaan bagi Masyarakat miskin di luar peserta JKN yang sudah memenuhi kriteria tertentu, untuk memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditentukan.
13. Masyarakat miskin adalah masyarakat kurang/tidak mampu dari sisi sosial ekonominya yang secara administratif merupakan warga Kota Bekasi dibuktikan dengan KTP dan Kartu Keluarga Bekasi yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.
14. Surat Keterangan Tidak Mampu yang selanjutnya disingkat SKTM adalah Surat yang diterbitkan oleh Kelurahan berdasarkan keterangan dari RT , RW dan di ketahui oleh Kecamatan.
15. Peserta Jamkesda adalah mereka yang memiliki kartu peserta Jaminan Kesehatan Daerah yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan Bayi baru lahir dari peserta sampai usia bayi satu tahun.
16. Rujukan medik adalah pelayanan yang diperuntukan bagi pasien yang perlu penanganan dan terapi oleh dokter spesialis sesuai dengan penyakitnya.
17. Rujukan non medik adalah rujukan dikarenakan kapasitas tempat tidur tidak mencukupi.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud dan tujuan ditetapkan Peraturan Walikota ini adalah :

- a. sebagai pedoman bagi Satuan Pelaksana, Tim Pengendali Sarana Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), pihak-pihak terkait dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin di luar peserta Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin terhadap fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin oleh Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. untuk menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin.

BAB III SASARAN

Pasal 3

Sasaran dari program Jamkesda Kota Bekasi adalah masyarakat miskin Kota Bekasi di luar peserta JKN yang sudah memiliki kartu peserta (Kartu Sehat) atau yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan masyarakat yang menggunakan SKTM.

BAB IV SUMBER DANA DAN PELAYANAN

Pasal 4

- (1) Sumber dana program Jamkesda berasal dari APBD Kota Bekasi dan dana lain yang sah dan tidak mengikat.

- (2) Dana sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan untuk :
 - a. biaya pengobatan dan perawatan kelas III di Rumah Sakit yang telah ditentukan bagi pemegang kartu peserta Jamkesda atau yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah atau masyarakat yang menggunakan SKTM disertai dengan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan;
 - b. biaya pelayanan kesehatan, baik di Rumah Sakit Pemerintah maupun Rumah Sakit swasta yang ditunjuk, sesuai dengan tarif Indonesia-Case Base Groups (INA – CBG's);
- (3) Sumber dana sebagaimana dimaksud ayat (1) apabila tidak mencukupi, maka akan dibayarkan pada anggaran tahun anggaran berikutnya

Pasal 5

- (1) Besarnya tarif pelayanan menggunakan tarif INA-CBG's disesuaikan dengan tipe Rumah Sakit pemberi pelayanan.
- (2) Pembayaran sesuai dengan tarif Rumah Sakit kelas III diperuntukkan bagi kasus-kasus yang tak terduga/insidental.

BAB V MEKANISME PELAYANAN

Pasal 6

- (1) Pemberian pelayanan kesehatan diperuntukkan untuk kepesertaan Kartu Sehat dengan ketentuan:
 - a. peserta adalah masyarakat miskin di luar peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan memiliki Kartu Sehat;
 - b. Kartu Sehat hanya berlaku bagi peserta/pemegang kartu dan tidak berlaku bagi orang lain dan tidak boleh dipindahtangankan;
 - c. apabila peserta yang memiliki Kartu Sehat pindah keluar daerah atau meninggal dunia , maka secara otomatis KS tidak berlaku;
 - d. Kartu Sehat berlaku pada rumah sakit yang telah mempunyai ikatan kerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi.

- (2) Pemberian pelayanan kesehatan selain dari kepesertaan Kartu Sehat dapat diberikan dengan ketentuan:
- a. memiliki KTP dan KK Kota Bekasi;
 - b. mendapatkan surat pengantar dari RT/RW yang ditujukan ke kelurahan;
 - c. dilakukan verifikasi oleh Kelurahan berdasarkan kriteria miskin yang sudah ditetapkan;
 - d. Kelurahan menerbitkan Surat Keterangan Tidak Mampu/Rekomendasi dengan mencantumkan kriteria miskin berdasarkan hasil verifikasi yang diketahui oleh Kecamatan;
 - e. Dinas Sosial menerbitkan Surat Rekomendasi berdasarkan hasil verifikasi yang diketahui oleh kecamatan;
 - f. persetujuan SKTM oleh Dinas Sosial dan dapat dilakukan verifikasi ulang apabila data diragukan kebenarannya.
- (3) Mekanisme pemberian pelayanan kesehatan dapat berupa pelayanan dasar yang dilaksanakan oleh puskesmas dan pelayanan kesehatan rujukan dengan ketentuan:
- a. pelayanan dasar dilaksanakan di Puskesmas di Kota Bekasi.
 - b. pelayanan kesehatan rujukan dan rujukan lanjutan :
 1. apabila pasien tidak dapat ditangani di Puskesmas dan dianggap perlu untuk dirujuk ke Rumah Sakit, maka Puskesmas harus membuat surat rujukan ke Rumah Sakit terdekat;
 2. bagi pasien rawat jalan di tingkat rujukan (Rumah Sakit) wajib dilengkapi dengan Surat Jaminan pelayanan (SJP) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan;
 3. bagi pasien rawat inap di tingkat rujukan (Rumah Sakit) wajib melengkapi dengan Surat Jaminan pelayanan (SJP) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan paling lambat 3 x 24 jam hari kerja setelah pasien dirawat;

4. dalam hal kegawatdaruratan, pasien bisa langsung berobat ke Rumah Sakit dan tidak perlu surat rujukan. Apabila Rumah Sakit tersebut bukan jaringan pelayanan Jamkesda, tetap wajib memberikan pertolongan pertama sebagai bagian dari kewajiban yang tertuang dalam Perda Nomor 05 Tahun 2013 tentang Pedoman Pendirian dan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Swasta, untuk selanjutnya dirujuk ke Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi kecuali pelayanan kesehatan lainnya yang merupakan jaminan dari badan penyelenggaraan lain seperti kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas, dll;
5. Rumah Sakit memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan diagnosa penyakit yang disesuaikan dengan tarif paket INA CBG's;
6. bagi pasien dengan masalah tak terduga dan bersifat insidental yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit baik yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi ataupun yang belum bekerja sama seluruh biaya penanganannya dapat diklaim sesuai dengan tarif yang berlaku di Rumah Sakit dengan potongan harga 10% untuk RS tipe D, 15% untuk RS tipe C dan 20% untuk RS tipe B;
7. pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit di luar Kota Bekasi atas dasar pertimbangan medik, harus dilengkapi dengan rujukan dari RSUD atau RS Swasta yang ada di Kota Bekasi;
8. apabila pasien perlu dirawat inap, rumah sakit menyediakan kamar rawat inap kelas III, dan pasien tidak boleh pindah kelas atas keinginannya sendiri;
9. semua persyaratan untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan harus dilengkapi pada saat masuk rumah sakit kecuali dalam keadaan gawat darurat cukup dengan menunjukkan kartu kepesertaan, dan kelengkapan persyaratan lain wajib diserahkan paling lambat 3 x 24 jam hari kerja setelah pasien masuk;

10. Rumah Sakit pengirim rujukan sebelumnya harus menghubungi Rumah Sakit penerima rujukan memastikan ketersediaan tempat tidur kosong atau jenis pelayanan yang diperlukan dengan menggunakan Ambulance dan perawat pendamping;
11. Rumah Sakit penerima rujukan, wajib memberikan jawaban atas pelayanan rujukan (rujukan balik) ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merujuk disertai keterangan kondisi pasien dan tindak lanjut yang harus dilakukan.

- (4) Pelayanan Kesehatan yang tidak ditanggung meliputi :
- a. tidak sesuai dengan prosedur pelayanan;
 - b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas yang tidak mempunyai ikatan kerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi;
 - c. pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik;
 - d. seluruh rangkaian pemeriksaan dan pelayanan yang bertujuan ingin memiliki anak;
 - e. pelayanan kesehatan yang tidak berdasarkan indikasi medis;
 - f. kejadian sakit atau penyakit akibat *force majeure* seperti gempa bumi, banjir, tanah longsor, dll;
 - g. pembersihan dan usaha meratakan gigi;
 - h. *toiletteries*, susu, obat gosok dan lain-lain;
 - i. *general check up*;
 - j. pengobatan alternatif;
 - k. ketergantungan obat, alkohol, dll;
 - l. berbagai penyakit atau kelemahan akibat usaha bunuh diri;
 - m. *sirkumsisi* (sunat) bukan karena indikasi medis;
 - n. imunisasi, di luar imunisasi dasar dan imunisasi ibu hamil;
 - o. cacat bawaan sejak lahir kecuali cacat bawaan yang mengancam jiwa;
 - p. alat bantu kesehatan (kursi roda, tongkat penyangga, korset, Kacamata, *Hearing Aid*, Prothesa gigi dan alat gerak);
 - q. biaya foto copy;
 - r. biaya telekomunikasi;

- s. biaya pembuatan kartu berobat dan biaya administrasi di PPK;
- t. pengguguran kandungan tanpa indikasi medik (permintaan sendiri);
- u. korban Tindak Kejahatan;
- v. klaim tidak dapat dibayarkan apabila terjadi kesepakatan antara RS dengan pasien;
- w. Pelayanan kesehatan lainnya yang merupakan jaminan dari badan penyelenggaraan lain seperti kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas, dll.

BAB VI

PERSYARATAN

Pasal 7

Untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud Pasal 6 harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Peserta Kartu Sehat
 - 1. fotokopi Kartu Sehat;
 - 2. fotokopi KTP dan KK;
 - 3. surat rujukan dari Puskesmas;
 - 4. surat rujukan dari RS yang merujuk apabila diperlukan rujukan lanjutan;
 - 5. surat bukti rawat inap;
 - 6. Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan;
 - 7. surat Keterangan/tindakan dari dokter jaga IGD bagi pasien dengan kasus kegawatdaruratan.
- b. SKTM
 - 1. surat keterangan tidak mampu (SKTM);
 - 2. fotokopi KTP dan KK;
 - 3. surat rujukan dari Puskesmas;
 - 4. surat rujukan dari RS yang merujuk apabila diperlukan rujukan lanjutan;
 - 5. surat bukti rawat inap;

6. Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan;
7. surat Keterangan/tindakan dari dokter jaga IGD bagi pasien dengan kasus kegawatdaruratan.

BAB VII
PEMBIAYAAN
Pasal 8

Biaya pelayanan kesehatan diberikan dengan ketentuan:

- a. biaya pelayanan kesehatan peserta yang memiliki Kartu Sehat yang dilayani di Rumah Sakit Pemerintah maupun Swasta yang bekerja sama, ditanggung sepenuhnya oleh Pemerintah Daerah Kota Bekasi menggunakan tarif INA CBG's.
- b. biaya pelayanan kesehatan dengan masalah tak terduga dan bersifat insidental yang dilakukan oleh Rumah Sakit Pemerintah maupun Swasta baik yang bekerjasama ataupun yang belum bekerja sama pembayaran diberikan sesuai dengan tarif Rumah Sakit di Kota Bekasi dengan potongan harga 10% untuk RS tipe D, 15% untuk RS tipe C dan 20% untuk RS tipe B;
- c. biaya Ambulance untuk dalam kota sebesar Rp. 100,000,-, dan luar kota (Jakarta, Bogor, Tangerang, Kab Bekasi dan Bandung) Rp. 500.000,-.
- d. biaya labu darah disesuaikan dengan standar tarif PMI Kota Bekasi.
- e. biaya Alat Medis Habis Pakai Khusus tarif disesuaikan dengan standar tarif minimal yang berlaku.

BAB VIII

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

Pasal 9

Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang telah mempunyai ikatan kerja sama dengan Pemerintah Kota Bekasi, dibayarkan sesuai dengan ketersediaan dana dan tata cara pengelolaan keuangan daerah dengan sumber dana yang berasal dari anggaran pemerintah Kota Bekasi (APBD II), Pemerintah Provinsi (APBD I) dan sumber dana lainnya yang tersedia pada program Jamkesda dengan cara mengajukan klaim ke Dinas Kesehatan setelah memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- a. Membuat surat permohonan klaim yang ditandatangani oleh Direktur/yang diberi kewenangan oleh Direktur yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan sebagai Pengguna Anggaran, dengan melampirkan :
 1. fotokopi Kartu kepesertaan (KS);
 2. fotokopi KTP dan KK
 3. resume medik;
 4. surat rujukan
 5. fotokopi Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas;
 6. grouping INA CBG's
 7. lampiran hasil pemeriksaan dan penunjang pelayanan kesehatan yang diberikan
 8. rincian biaya :
 - a) sesuai dengan tarif INA-CBG's sesuai tipe RS;
 - b) Tarif Rumah Sakit yang bersangkutan berlaku bagi tarif pelayanan kesehatan untuk penanganan masalah yang tidak terduga dan bersifat insidental.

- b. pengajuan tagihan/klaim dari Rumah Sakit ke Satuan Pelaksana Jamkesda dilakukan satu bulan setelah selesai memberikan pelayanan kesehatan;
- c. semua berkas yang diajukan oleh pihak RS dilakukan verifikasi oleh Tim Verifikator selanjutnya dibuatkan Berita Acara Hasil Verifikasi yang di tanda tangani oleh Verifikator dan diketahui/disetujui oleh Ketua Satuan Pelaksana kemudian diserahkan ke Pelaksana administrasi;
- d. tagihan/klaim yang sudah memenuhi syarat/layak bayar, oleh pelaksana administrasi diproses berdasarkan hasil verifikasi dan dilengkapi persyaratan pembayaran kemudian diusulkan ke bendahara Dinas Kesehatan untuk dilakukan pembayaran melalui transfer ke rekening Rumah Sakit yang bersangkutan;
- e. khusus klaim pembayaran pelayanan kesehatan untuk masalah tak terduga dan bersifat insidentil dapat langsung ditagihkan setelah dilakukan verifikasi oleh pihak Rumah Sakit dan ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit.

BAB IX MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 10

- (1) Untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi atas Pelaksanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah dibentuk satuan Pelaksana dan Tim Pengendali Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bekasi yang ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Monitoring dan evaluasi meliputi kepesertaan, pelayanan, verifikasi dan pengaduan masyarakat.
- (3) Tim Pengendali membuat laporan secara berkala kepada Walikota.

BAB X
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, Peraturan Walikota Bekasi Nomor 75 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Luar Kuota Jamkesmas di Kota Bekasi (Berita Daerah Kota Bekasi Tahun 2013 Nomor 75 Seri E) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bekasi

Ditetapkan di Bekasi
pada tanggal 31 Desember 2015

WALIKOTA BEKASI,

Ttd/Cap

RAHMAT EFFENDI

Diundangkan di Bekasi
pada tanggal 31 Desember 2015

SEKRETARIS DAERAH KOTA BEKASI,

Ttd/Cap

RAYENDRA SUKARMADJI

BERITA DAERAH KOTA BEKASI TAHUN 2014 NOMOR 69 SERI E