



BUPATI BANGKA TENGAH
PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG

SALINAN
PERATURAN BUPATI BANGKA TENGAH
NOMOR 3 TAHUN 2021

TENTANG

BANTUAN BIAYA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI KABUPATEN BANGKA TENGAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANGKA TENGAH,

- Menimbang :
- a. bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan hak warga negara dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan bagi pembentukan sumber daya manusia, peningkatan ketahanan dan daya saing, serta pembangunan Daerah;
 - b. bahwa pemberian bantuan sosial di Kabupaten Bangka Tengah telah diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 36 tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Pemberian Hibah dan Bantuan Sosial, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan peraturan Bupati Nomor 78 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Bupati Nomor 36 tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Pemberian Hibah dan Bantuan Sosial, sehingga untuk lebih mengkonkritkan pemberian bantuan sosial khususnya pelayanan kesehatan kepada Fakir Miskin dan/atau Orang Tidak Mampu diluar Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Pemerintah Daerah memandang perlu mengatur pemberian bantuan biaya pelayanan kesehatan Masyarakat di Kabupaten Bangka Tengah dengan Peraturan Bupati tersendiri;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Bantuan Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Bangka Tengah;

- Mengingat
- : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Tahun 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);
 2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat dan Kabupaten Belitung Timur di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 5. 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 beberapa kali diubah 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);
 6. 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);

7. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 559);
10. Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 tentang Persyaratan dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1542);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG BANTUAN BIAYA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN BANGKA TENGAH.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bangka Tengah.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati Bangka Tengah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Bangka Tengah.
4. Fasilitas Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

5. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
6. Rumah Sakit Provinsi adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Bangka Belitung dan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. (H.C) Ir. Soekarno milik Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
7. Pusat Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
8. Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.
9. Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.
10. Jaminan Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat JKN merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan Masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
11. Kartu Indonesia Sehat, yang selanjutnya disingkat KIS adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada Masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis.
12. *Indonesia Case Base Groups*, yang selanjutnya disebut INA-CBG's adalah sebuah sistem untuk menentukan tarif standar yang digunakan oleh Rumah Sakit sebagai referensi biaya klaim ke Pemerintah selaku pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atas biaya pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

13. Surat Keterangan Tidak Mampu, yang selanjutnya disingkat SKTM adalah Surat Keterangan Tidak Mampu bagi Masyarakat miskin, yang diterbitkan oleh kepala desa dan/atau Lurah yang disahkan oleh Camat, berdasarkan basis data terpadu yang diverifikasi oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Sosial.
14. Kondisi Kesehatan Tertentu adalah orang yang mengalami kasus Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), dan/atau kasus penyakit/masalah kesehatan atau dampak program kesehatan.
15. Masyarakat Terlantar adalah orang yang tidak mempunyai/tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi kehidupan sehari-hari yang disebabkan faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosialnya.
16. Masyarakat adalah Fakir Miskin dan/atau Orang Tidak Mampu, atau Masyarakat yang Mengalami Kondisi Kesehatan Tertentu.

BAB II KRITERIA, DAN PERSYARATAN PEMBERIAN PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu Kriteria

Pasal 2

Calon Penerima bantuan biaya pelayanan kesehatan harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. Fakir Miskin dan/atau Orang Tidak Mampu dengan ketentuan:
 1. tidak mempunyai kartu JKN/KIS;
 2. mempunyai kartu JKN/KIS kelas III yang tidak aktif dari kepesertaan penerima bantuan iuran;
 3. peserta JKN/KIS kelas III yang mengalami kecelakaan tunggal tanpa ditanggung pihak penjamin jaminan kesehatan; atau
 4. Masyarakat Terlantar di wilayah Daerah.
- b. Masyarakat yang mengalami Kondisi Kesehatan Tertentu.

Bagian Kedua
Persyaratan

Paragraf 1
Fakir Miskin dan/atau Orang Tidak Mampu

Pasal 3

- (1) Calon penerima bantuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a, harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. bagi berusia 17 (tujuh belas) tahun ke atas harus memiliki kartu tanda penduduk yang berdomisili di Daerah, yang dibuktikan dengan melampirkan kartu tanda penduduk, dan SKTM; atau
 - b. bagi anak yang baru lahir atau anak yang berusia dibawah 17 (tujuh belas) tahun dibuktikan dengan melampirkan kartu keluarga, kartu identitas anak, dan/atau kartu tanda penduduk orang tuanya yang berdomisili di Daerah.
- (2) Calon penerima bantuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a angka 1 dan angka 2, harus melampirkan surat keterangan Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa biaya perawatan pasien, dan pengobatan pasien tidak ditanggung oleh JKN/KIS atau jaminan kesehatan lainnya.
- (3) Calon Penerima bantuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a angka 3, harus melampirkan surat keterangan polisi yang menyatakan bahwa pasien merupakan korban kecelakaan tunggal.
- (4) Calon Penerima biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a angka 4, dibuktikan dengan surat keterangan dari Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Sosial.

Paragraf 2
Masyarakat yang Mengalami Kondisi Kesehatan Tertentu

Pasal 4

Penerima bantuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b, harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. bagi berusia 17 (tujuh belas) tahun ke atas harus memiliki kartu tanda penduduk atau surat keterangan domisili di Daerah, yang dibuktikan dengan melampirkan kartu tanda penduduk atau surat keterangan domisili;
- b. bagi anak yang baru lahir atau anak yang berusia dibawah 17 (tujuh belas) tahun dibuktikan dengan melampirkan kartu keluarga, kartu identitas anak, dan/atau kartu tanda penduduk orang tuanya yang berdomisili di Daerah; dan
- c. melampirkan surat pernyataan dari instansi kesehatan terkait, yang menyatakan bahwa pasien tersebut mengalami Kondisi Kesehatan Tertentu.

BAB III
TIM VERIFIKASI

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 5

- (1) Pemberian bantuan biaya pelayanan kesehatan dilakukan oleh tim verifikasi pelayanan kesehatan Masyarakat, yang terdiri atas:
 - a. tim verifikasi Daerah, dengan susunan keanggotaan terdiri atas unsur Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan; dan
 - b. tim verifikasi Puskesmas, dengan susunan keanggotaan terdiri atas kepala Puskesmas, dan unsur anggota dari Puskesmas.
- (2) Tim verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh:
 - a. Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan untuk tim verifikasi Daerah; dan
 - b. Kepala Puskesmas untuk tim verifikasi Puskesmas.

Bagian Kedua
Tugas

Pasal 6

- (1) Tim verifikasi Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a, bertugas:
 - a. melakukan monitoring dan evaluasi atau uji petik terhadap dokumen pembiayaan jaminan kesehatan Masyarakat yang diajukan ke Puskesmas;
 - b. melakukan pembinaan kepada tim verifikasi Puskesmas;
 - c. menyelesaikan permasalahan terkait pelayanan kesehatan Masyarakat yang tidak dapat diselesaikan oleh tim verifikasi Puskesmas;
 - d. melakukan koordinasi/konsultasi instansi terkait bila diperlukan;
 - e. melaporkan hasil kerja tim verifikasi Daerah dan tim verifikasi Puskesmas kepada Bupati melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (2) Tim verifikasi Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b, bertugas:
 - a. melakukan verifikasi lapangan dan/atau verifikasi dokumen administrasi yang diajukan oleh Masyarakat;
 - b. melakukan koordinasi/konsultasi ke tim verifikasi Daerah bila diperlukan; dan
 - c. melaporkan hasil kerja tim verifikasi Puskesmas kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB IV
PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu
Permohonan

Pasal 7

- (1) Pemohon mengajukan permohonan bantuan biaya pelayanan kesehatan melalui Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan melalui Puskesmas.

- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melengkapi dokumen persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 atau Pasal 4 sesuai dengan standar dan prosedur yang berlaku.
- (3) Berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan mendisposisikan permohonan pemohon kepada tim verifikasi Puskesmas.

Bagian Kedua Penelitian

Pasal 8

- (1) Tim verifikasi Puskesmas melakukan penelitian terhadap permohonan dan dokumen pemohon untuk mengetahui kelengkapan dokumen pemohon.
- (2) Kelengkapan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah sebagai berikut:
 - a. bagi calon penerima Fakir Miskin dan/atau Orang Tidak Mampu yang berobat di Rumah Sakit di Daerah maupun Rumah Sakit Provinsi, adalah sebagai berikut:
 1. fotocopy kartu tanda penduduk dan SKTM;
 2. surat pengantar pengajuan klaim rawat inap dari Rumah Sakit;
 3. rincian biaya perawatan dan pengobatan dengan menggunakan tarif INA-CBG's; dan
 4. surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan Rumah Sakit.
 - b. Masyarakat yang mengalami Kondisi Kesehatan Tertentu, adalah sebagai berikut:
 1. fotocopy kartu tanda penduduk bagi berusia 17 (tujuh belas) tahun ke atas;
 2. jika belum berusia 17 (tujuh belas) tahun menggunakan kartu tanda penduduk orang tua atau kartu identitas anak;
 3. fotocopy kartu keluarga;
 4. permohonan dari orang tua; dan
 5. pernyataan dari institusi terkait penyakit tersebut adalah kejadian ikutan pasca imunisasi atau kasus penyakit dampak program kesehatan.

- (3) Apabila dokumen pemohon sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dinyatakan lengkap oleh tim verifikasi Puskesmas, peninjauan lapangan oleh tim verifikasi Puskesmas dan dapat mengikutsertakan tim verifikasi Daerah.
- (4) Dalam pelaksanaan peninjauan lapangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tim verifikasi Puskesmas didampingi oleh petugas sosial Masyarakat dari kelurahan/desa atau aparat kelurahan/desa setempat yang hasilnya dituangkan dalam berita acara peninjauan lapangan.
- (5) Dalam hal dokumen pemohon sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dinyatakan tidak lengkap/tidak memenuhi persyaratan, tim verifikasi Puskesmas menyampaikan laporan kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan.
- (6) Dokumen yang dinyatakan tidak lengkap/tidak memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), diberitahukan secara tertulis kepada Pemohon disertai dengan penjelasan.

Bagian Ketiga Persetujuan

Pasal 9

Hasil penelitian tim verifikasi Puskesmas yang dinyatakan lengkap/memenuhi persyaratan, disetujui sebagai penerima biaya pelayanan kesehatan oleh Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Bagian Keempat Masa Berlaku

Pasal 10

Masa berlaku klaim biaya pelayanan kesehatan paling lama adalah 3 (tiga) bulan setelah Masyarakat mendapat pelayanan pengobatan di Rumah Sakit.

BAB V
PELAYANAN KESEHATAN YANG TIDAK DIJAMIN

Pasal 11

Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan/atau Orang Tidak Mampu, tidak diberikan apabila:

- a. telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- b. telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- c. peserta pindah kelas perawatan dari kelas 3 (tiga) atau pindah Fasilitas Kesehatan atas permintaan sendiri;
- d. dilakukan di luar negeri;
- e. tujuan mempercantik diri;
- f. pengobatan untuk memiliki keturunan;
- g. pengobatan alternatif;
- h. sirkumsisi (sunat);
- i. pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan penunjang lainnya atas permintaan sendiri;
- j. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan atau alkohol;
- k. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri; dan
- l. pelayanan kacamata, lensa kontak, bola mata, protesa gigi, protesa alat gerak, alat bantu dengar, kursi roda, tongkat penyangga dan alat bantu lainnya yang tidak ada hubungan langsung dengan pengobatan dan perawatan.

BAB VI
STANDAR BIAYA

Pasal 12

Standar biaya tertinggi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan kepada Masyarakat yang berobat di Rumah Sakit dalam wilayah Provinsi dilakukan pada unit rawat inap kelas 3 (tiga) sesuai dengan klaim INA-CBG's.

BAB VII
PEMBIAYAAN

Pasal 13

- (1) Pembiayaan pelayanan kesehatan Masyarakat dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Dalam hal klaim atas pembiayaan pelayanan kesehatan yang diajukan pada akhir batas pertanggungjawaban di bulan Desember tahun berjalan, klaim dapat dibayarkan pada tahun anggaran berikutnya.
- (3) Pemberian biaya pelayanan kesehatan Masyarakat berdasarkan pertimbangan sesuai kemampuan keuangan Daerah.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan Pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bangka Tengah.

Ditetapkan di Koba
pada tanggal 11 Januari 2021

BUPATI BANGKA TENGAH,

ttd/dto

YULIYANTO SATIN

Diundangkan di Koba
pada tanggal 11 Januari 2021

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANGKA TENGAH,

ttd/dto

SUGIANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN BANGKA TENGAH TAHUN 2021 NOMOR 978

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KAB. BANGKA TENGAH,



AFRIZAL, SH
PEMBINA
NIP. 19810411 200501 1 006