



BERITA DAERAH
KABUPATEN GUNUNGKIDUL
(Berita Resmi Pemerintah Kabupaten Gunungkidul)

Nomor : 30

Tahun : 2013

PERATURAN BUPATI GUNUNGKIDUL
NOMOR 30 TAHUN 2013

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 10 TAHUN 2012 TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA
DI KABUPATEN GUNUNGKIDUL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GUNUNGKIDUL,

- Menimbang : a. bahwa pedoman penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan semesta di Kabupaten Gunungkidul telah diatur dalam Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 10 Tahun 2012;
- b. bahwa guna menyesuaikan dengan mekanisme *Coordination of Benefit* tentang jaminan kesehatan semesta maka dipandang perlu mengatur kembali tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta di Kabupaten Gunungkidul;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Nomor 10 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta di Kabupaten Gunungkidul;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 44) jo. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang Tahun 1950 Nomor: 12, 13, 14 dan 15 dari hal Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 59);
2. 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 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 4844);

3. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta (Berita Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2011 Nomor 19);
4. Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 92/KEP/2012 tentang Penetapan Peserta Jaminan Kesehatan *Coordination of Benefit* (COB) untuk Kabupaten Sleman, Bantul, Kulonprogo dan Gunungkidul pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial;
5. Peraturan Daerah Kabupaten Gunungkidul Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2008 Nomor 01 Seri E) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Gunungkidul Nomor 8 Tahun 2010 (Lembaran Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2010 Nomor 07 Seri E);
6. Peraturan Bupati Nomor 10 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta di Kabupaten Gunungkidul (Berita Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2012 Nomor 7, Seri E);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 10 TAHUN 2012 TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA DI KABUPATEN GUNUNGKIDUL.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 10 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) di Kabupaten Gunungkidul (Berita Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2012 Nomor 7 Seri E) diubah sebagai berikut :

1. Di antara angka 6 dan angka 7 Pasal 1 disisipkan 1 (satu) angka, yakni angka 6a sehingga berbunyi sebagai berikut:

- 6a. Peserta Jamkesta - *Coordination of Benefit* Jamkesos yang selanjutnya disebut Peserta COB adalah penduduk yang terdaftar sebagai penerima bantuan iuran dari Pemerintah Kabupaten Gunungkidul dan terdaftar sebagai penerima bantuan iuran dari Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Ketentuan Pasal 7 ayat (2) huruf a angka 4 ditambah 3 (tiga) huruf, yakni huruf i), huruf j), dan huruf k) dan huruf b angka 5 ditambah 1 (satu) huruf, yakni huruf k), sehingga Pasal 7 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 7

- (1) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan meliputi Pelayanan Kesehatan yang bersifat komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis.
- (2) Jenis paket manfaat pemeliharaan kesehatan meliputi :
 - a. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
 1. Rawat Jalan Tingkat Pertama:
 - a) konsultasi kesehatan;
 - b) pemeriksaan fisik dan pengobatan umum;
 - c) tindakan medis sederhana;
 - d) pemeriksaan dan pengobatan gigi termasuk cabut/tambal;
 - e) pemberian obat;
 - f) pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita;
 - g) pelayanan KB dan penanganan efek samping;
 - h) bahan medis habis pakai; dan
 - i) penunjang diagnostik yang tersedia di Puskesmas.
 2. Rawat Inap Tingkat Pertama:
 - a) akomodasi rawat inap;
 - b) konsultasi kesehatan;
 - c) pemeriksaan fisik;
 - d) tindakan medis sesuai indikasi medis;
 - e) pemberian obat;
 - f) persalinan normal;
 - g) persalinan dengan penyulit (*PONED*);
 - h) pelayanan gawat darurat (*emergency*); dan
 - i) penunjang diagnostik yang tersedia di Puskesmas.
 3. Pelayanan Rujukan Pasien ke Rumah Sakit.
 4. Pelayanan yang belum dijamin:
 - a) pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
 - b) *general check up*, KIR kesehatan;
 - c) bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetik;
 - d) *infertilitas* (upaya untuk punya anak);
 - e) pengobatan alternatif;
 - f) *protesis* gigi tiruan;
 - g) pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;
 - h) pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial;
 - i) pelayanan kesehatan akibat percobaan bunuh diri;
 - j) pelayanan kesehatan akibat penyalahgunaan narkotika/psikotropika; dan

- k) pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh jaminan kesehatan lain.
- b. Pelayanan Kesehatan di RSUD Wonosari dan rumah sakit
1. Rawat Jalan Tingkat Lanjut:
 - a) konsultasi kesehatan;
 - b) pemberian obat-obatan;
 - c) pemeriksaan fisik dan pengobatan spesialis;
 - d) pemeriksaan dan pengobatan gigi spesialis;
 - e) penunjang diagnosis yang terdiri dari : laboratorium klinik, radiologi, dan elektromedik sesuai indikasi medis;
 - f) tindakan medis sesuai indikasi medis; dan
 - g) pelayanan KB dan efek samping.
 2. Rawat Inap Tingkat Lanjut:
 - a) akomodasi rawat inap pada kelas III;
 - b) pemberian obat-obatan;
 - c) konsultasi medis dan KIE;
 - d) pemeriksaan fisik dan pengobatan spesialis;
 - e) pemeriksaan dan pengobatan gigi spesialis;
 - f) penunjang diagnosis yang terdiri dari : laboratorium klinik, radiologi, dan elektromedik sesuai indikasi medis;
 - g) tindakan medis sesuai indikasi medis;
 - h) operasi sedang dan besar;
 - i) persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (*PONED*);
 - j) pelayanan rehabilitasi medis;
 - k) perawatan intensif; dan
 - l) pelayanan KB dan efek samping.
 3. Paket Pelayanan Gawat Darurat
Merupakan gawat darurat medis antara lain:
 - a) perdarahan hebat;
 - b) batuk darah hebat;
 - c) sesak nafas hebat;
 - d) tidak sadarkan diri/pingsan;
 - e) kejang;
 - f) nyeri perut terus menerus;
 - g) muntah dan buang air besar terus menerus;
 - h) kasus kecelakaan; dan/atau
 - i) kasus lain-lain yang membutuhkan penanganan secepatnya untuk mengurangi resiko kematian atau kecacatan.
 4. Paket Pelayanan yang dibatasi
 - a) biaya *hemodialisis*, kasus kanker, jantung, dan stroke;
 - b) kacamata, alat bantu dengar dan alat bantu gerak; dan
 - c) pelayanan penunjang diagnosis canggih.
 5. Paket Pelayanan yang tidak dijamin
 - a) pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
 - b) *general check up*, KIR kesehatan;
 - c) bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetik;
 - d) *infertilitas* (upaya untuk punya anak);
 - e) pengobatan alternatif;

- f) protesis gigi tiruan dan kawat gigi;
- g) pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;
- h) pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial;
- i) pelayanan kesehatan akibat percobaan bunuh diri;
- j) pelayanan kesehatan akibat penyalahgunaan narkotika/psikotropika; dan
- k) pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh jaminan kesehatan lain.

3. Ketentuan Pasal 9 ayat (2) ditambah 1 (satu) yakni huruf c, sehingga Pasal 9 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 9

- (1) PPK mengajukan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap kepada Dinas.
- (2) Pengajuan Klaim kepada Dinas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara sebagai berikut :
 - a. pengajuan Klaim dari PPK I diajukan ke Dinas tiap 1 (satu) bulan sekali secara kolektif paling lambat tanggal 5 (lima) pada bulan berikutnya;
 - b. pengajuan Klaim dari PPK II dan PPK III diajukan ke Dinas tiap 1 (satu) bulan sekali secara kolektif paling lambat tanggal 20 (dua puluh) pada bulan berikutnya; dan
 - c. pengajuan Klaim pelayanan kesehatan dari PPK I, PPK II dan PPK III berdasarkan standar teknis diagnosa dan tindakan pelayanan yang berlaku pada program Jamkesmas.
- (3) Pengajuan Klaim sebagaimana dimaksud ayat (2) untuk klaim pada bulan Desember dilakukan sesuai aturan pencairan keuangan sesuai dengan kebijakan Pemerintah Daerah.
- (4) Dana klaim dibayarkan ke PPK masing-masing berdasarkan besarnya klaim yang diajukan setelah dinyatakan lengkap dan diverifikasi oleh Dinas.
- (5) Hasil verifikasi disampaikan secara tertulis kepada PPK beserta bukti pembayaran.
- (6) Dana klaim yang diterima PPK penggunaannya sesuai Ketentuan yang berlaku bagi masing masing PPK.

4. Ketentuan Pasal 12 di tambah 3 (tiga) ayat yakni ayat (10), ayat (11) dan ayat (12), sehingga Pasal 12 berbunyi sebagai berikut :

Pasal 12

- (1) Pembiayaan paket manfaat pemeliharaan kesehatan peserta Jamkesta di Puskesmas mengacu pada perda tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas yang berlaku.
- (2) Pembiayaan paket manfaat pemeliharaan kesehatan peserta Jamkesta pada Rumah Sakit menggunakan tarif Kementerian Kesehatan RI mengenai program Jamkesmas.
- (3) Pembiayaan paket manfaat pemeliharaan kesehatan peserta Jamkesta pada Rumah Sakit Umum Pusat menggunakan tarif yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.

- (4) Pembiayaan paket manfaat pemeliharaan kesehatan peserta Jamkesta pada Palang Merah Indonesia mengacu tarif pelayanan yang berlaku di Palang Merah Indonesia.
- (5) Pembiayaan kesehatan yang diberikan oleh Pengelola Jamkesta sebesar-besarnya Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah) tiap orang per tahun.
- (6) Kasus-kasus yang memerlukan biaya tinggi, misalnya kanker, leukemia akut, *atresia ani*, *megacolon*, *hydrocephalus*, gagal ginjal, pengelola Jamkesta dapat memberikan bantuan biaya melebihi Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah) atas dasar Keputusan Tim Jamkesta.
- (7) Apabila terdapat kasus-kasus sebagaimana tersebut ayat (6) dalam pembiayaannya, Pengelola Jamkesta dapat berkoordinasi dengan Pengelola Jaminan Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
- (8) Tarif ambulan hanya digunakan untuk rujukan pasien dari Puskesmas non rawat inap ke Puskesmas rawat inap, dari Puskesmas ke RSUD Wonosari dan rujukan antar rumah sakit yang bekerjasama dengan Pengelola Jamkesta.
- (9) Tarif Pelayanan yang dibatasi sebagai berikut :
 - a. alat Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai setinggi-tingginya Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan resep dokter;
 - b. *Intra Ocular Lens (IOL)* diberi pengganti sesuai resep dari dokter spesialis mata, dengan nilai setinggi-tingginya Rp500.000 (lima ratus ribu rupiah);
 - c. alat bantu gerak (tongkat penyangga dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosial;
 - d. alat bantu dengar diberi pengganti sesuai resep dari dokter THT;
 - e. pelayanan *Haemodialisa* di berikan bantuan sebesar Rp500.000,- (lima ratus ribu rupiah)/kali kunjungan; dan
 - f. pelayanan penunjang diagnosis canggih melalui pengkajian dan pengendalian oleh komite medik.
- (10) Pembiayaan paket manfaat pemeliharaan kesehatan pada masa transisi pengelolaan dan pelayanan peserta Jamkesta pada Rumah Sakit menggunakan peraturan tentang tarif dari masing masing Rumah Sakit.
- (11) Masa transisi sebagaimana dimaksud ayat (10) paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Bupati ini ditandatangani.
- (12) Pembiayaan kesehatan bagi peserta *Coordination of Benefit* yang diberikan oleh pengelola Jamkesta dan Jamkesos sebesar-besarnya Rp10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah) tiap orang per tahun.

5. Ketentuan Pasal 13 ditambah 1 (satu) satu ayat, sehingga Pasal 13 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 13

- (1) Anggaran untuk menjamin peserta Jamkesta bersumber dari APBD Kabupaten Gunungkidul.

- (2) Anggaran untuk menjamin peserta Jamkesta - *Coordination of Benefit* Jamkesos bersumber dari APBD Kabupaten Gunungkidul dan APBD Daerah Istimewa Yogyakarta.

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Gunungkidul.

Ditetapkan di Wonosari
pada tanggal 30 Agustus 2013

BUPATI GUNUNGKIDUL,

ttd

BADINGAH

Diundangkan di Wonosari
pada tanggal 30 Agustus 2013

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GUNUNGKIDUL,

ttd

BUDI MARTONO

BERITA DAERAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL TAHUN 2013 NOMOR 30