



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

NOMOR 1 TAHUN 2014

TENTANG

SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang :
- a. bahwa Sistem Jaminan Kesehatan Semesta telah diatur dalam Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta;
 - b. bahwa dengan berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun 2014, pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan Nasional menjadi tanggung jawab Daerah maka Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta perlu diganti;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta;
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);

3. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967);
4. 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);
5. 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);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10 dan 11 Tahun 1950 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);
9. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;

10. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 7 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2007 Nomor 7);
11. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 48 Tahun 2013 tentang Pedoman Pembayaran Bagi Rumah Sakit Pelaksana Pelayanan Kesehatan Untuk Peserta Jaminan Kesehatan Semesta (Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013 Nomor 48) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Nomor 74 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 48 Tahun 2013 tentang Pedoman Pembayaran Bagi Rumah Sakit Pelaksana Pelayanan Kesehatan Untuk Peserta Jaminan Kesehatan Semesta (Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013 Nomor 74);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. 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.
2. Jaminan Kesehatan Semesta yang selanjutnya disingkat Jamkesta adalah sistem jaminan kesehatan yang pengelolaannya secara bersama dan terkoordinasi antara Pemerintah Provinsi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota meliputi paket manfaat, kepesertaan, penyelenggaraan dan administrasi.
3. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
4. Penyelenggara Jamkesta adalah satuan/unit kerja Provinsi dan/atau satuan/unit kerja Kabupaten/Kota yang diberi kewenangan untuk mengkoordinasi dan mensinergikan program jaminan kesehatan untuk masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta.

5. Peserta Jamkesta yang selanjutnya disebut Peserta adalah perorangan yang terdaftar sebagai Penerima Bantuan Iuran dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dan/atau masyarakat yang telah membayar iuran kepada pengelola Jamkesta.
6. Peserta Jaminan Kesehatan Sosial yang selanjutnya disebut Peserta Jamkesos adalah keluarga tidak mampu yang tidak dijamin dalam program Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau asuransi lain yang diusulkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dengan Keputusan Bupati/Walikota.
7. Peserta Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang selanjutnya disebut Peserta Jamkesda Kabupaten/Kota adalah masyarakat yang tidak dijamin Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kesehatan Sosial dan jaminan kesehatan lainnya sesuai dengan kebijakan Pemerintah Kabupaten/Kota.
8. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh pemerintah untuk peserta penerima bantuan iuran dan/atau oleh masyarakat untuk peserta mandiri kepada Penyelenggara Jamkesta.
9. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang menerima bantuan iuran yang dibayar secara teratur oleh Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota kepada Penyelenggara Jamkesta untuk mendapatkan jaminan kesehatan meliputi PBI Jaminan Kesehatan Sosial, PBI Jaminan Kesehatan Daerah, *Coordination of Benefit* (COB), dan Jaminan Kesehatan Khusus.
10. Peserta Mandiri adalah masyarakat yang membayar sendiri secara teratur kepada Penyelenggara Jamkesta untuk mendapatkan jaminan kesehatan dan dapat disubsidi.
11. *Indonesia Case Based Group's* yang selanjutnya disingkat INA CBG's adalah sistem pembayaran prospektif berdasarkan pengelompokan diagnose penyakit.
12. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah orang atau institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesta berdasarkan suatu perjanjian kerjasama.
13. Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang selanjutnya disebut PPK I adalah pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh praktik bidan, praktik dokter umum, praktik dokter gigi, puskesmas beserta jaringannya dan klinik pratama.
14. Pemberi Pelayanan kesehatan tingkat kedua yang selanjutnya disebut PPK II adalah pelayanan kesehatan spesialis yang dilakukan oleh praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik utama, laboratorium klinis/kesehatan kabupaten/kota, laboratorium klinis/kesehatan swasta, rumah sakit kelas C dan rumah sakit kelas D.

15. Pemberi Pelayanan kesehatan tingkat ketiga yang selanjutnya disebut PPK III adalah pelayanan kesehatan sub spesialis yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialis yang dilakukan oleh rumah sakit kelas B dan rumah sakit kelas A. Puskesmas dan jaringannya serta Dokter Keluarga adalah pemberi pelayanan kesehatan dasar.
16. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Rumah Sakit Swasta sekelasnya adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan spesialis atas rujukan Puskesmas dan jaringannya serta Dokter Keluarga.
17. Rumah sakit rujukan tingkat III adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan spesialis dan sub spesialis atas rujukan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan rumah sakit swasta sekelasnya.
18. Gawat Darurat Medis adalah suatu keadaan bagi pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (spesialis) yang harus diberikan secepatnya untuk mengurangi resiko kematian atau kecacatan.
19. Bantuan Iuran adalah sejumlah dana yang diperhitungkan per orang per bulan sebagai premi yang diberikan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dan dipergunakan untuk membiayai Paket manfaat Pemeliharaan Kesehatan.
20. Kapitasi adalah suatu cara pembayaran kepada PPK dengan perhitungan berdasarkan jumlah peserta per bulan yang besarnya ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan dan kekurangan atau kelebihan merupakan tanggung jawab PPK.
21. Klaim adalah suatu cara pembayaran kepada PPK berdasarkan pelayanan yang telah diberikan kepada peserta yang dibayarkan setelah melaksanakan pelayanan.
22. Manfaat tambahan komplemen Jamkesta adalah manfaat yang diberikan kepada peserta jaminan kesehatan yang dimaksudkan untuk melengkapi manfaat jaminan kesehatan nasional.
23. Manfaat tambahan suplemen Jamkesta adalah manfaat yang diberikan kepada peserta jaminan kesehatan yang dimaksudkan untuk meningkatkan manfaat jaminan kesehatan nasional.
24. Gubernur adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.

Pasal 2

Maksud diselenggarakannya Jamkesta sebagai upaya untuk sinkronisasi, koordinasi, dan sinergi menuju integrasi antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam pengembangan dan penyelenggaraan program jaminan kesehatan guna memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat.

Pasal 3

- (1) Tujuan diselenggarakannya Jamkesta adalah mendukung pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Manfaat pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manfaat jaminan kesehatan nasional dan manfaat tambahan Jamkesta.
- (3) Manfaat tambahan Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari manfaat komplemen dan manfaat suplemen.

Pasal 4

Jamkesta diselenggarakan berdasar asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta.

Pasal 5

Jamkesta diselenggarakan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan bagi peserta dengan pelayanan yang berkesinambungan, merata dan bermutu yang disusun dalam bentuk paket pemeliharaan kesehatan, sesuai dengan standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan.

BAB II KEPESERTAAN

Pasal 6

- (1) Setiap penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta berhak mendapatkan jaminan kesehatan.
- (2) Setiap penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta yang belum memiliki jaminan kesehatan berhak menjadi peserta Jamkesta.
- (3) Peserta Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari:
 - a. peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jamkesta meliputi:
 1. PBI Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos);
 2. PBI Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda);
 3. *coordination of benefit* (COB); dan
 4. Jaminan Kesehatan Khusus (Jamkesus).
 - b. peserta Mandiri Jamkesta; dan
 - c. peserta nonkartu.

Pasal 7

- (1) Peserta PBI Jamkesta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf a ditetapkan dengan Keputusan Gubernur/Bupati/Walikota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Anak yang lahir dari Peserta PBI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) otomatis mendapatkan pelayanan kesehatan.

Pasal 8

- (1) Peserta Mandiri Jamkesta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf b paling kurang telah membayar iuran selama 12 (dua belas) bulan dan harus penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta yang telah menetap di Daerah Istimewa Yogyakarta minimal 6 (enam) bulan.
- (2) Besaran iuran Peserta Mandiri Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (3) Peserta Mandiri Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan Kartu Identitas Peserta dengan masa berlaku 1 (satu) tahun.
- (4) Bentuk Kartu Identitas peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum pada Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Pasal 9

- (1) Peserta nonkartu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf c, terdiri dari:
 - a. korban kekerasan pada anak dan perempuan;
 - b. gelandangan, pengemis, pemulung, orang/anak terlantar, dan penyandang masalah kesejahteraan sosial;
 - c. kejadian ikutan pascaimunisasi;
 - d. penderita thalasaemia mayor;
 - e. penderita gizi buruk;
 - f. anak berhadapan dengan hukum;
 - g. peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak menjadi peserta JKN; dan
 - h. penghuni lapas.
- (2) Pemberian jaminan kesehatan peserta nonkartu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan rekomendasi/usulan dari instansi yang berwenang menangani kesejahteraan sosial.
- (3) Instansi yang berwenang menangani kesejahteraan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagai berikut:
 - a. Forum Perlindungan Korban Kekerasan memberikan rekomendasi terhadap korban kekerasan pada anak dan perempuan;

- b. Dinas Sosial Kabupaten/Kota/Provinsi memberikan rekomendasi terhadap gelandangan, pengemis, pemulung, orang/anak terlantar, dan penyandang masalah kesejahteraan sosial;
- c. Komisariat Daerah Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KOMDA KIPI) memberikan rekomendasi terhadap kejadian ikutan pascaimunisasi;
- d. Perhimpunan Thalasaemia Indonesia memberikan rekomendasi terhadap penderita thalasaemia mayor;
- e. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memberikan rekomendasi terhadap penderita gizi buruk;
- f. Dinas Sosial Provinsi memberikan rekomendasi terhadap anak berhadapan dengan hukum;
- g. Dinas Sosial Provinsi/Kabupaten/Kota memberikan rekomendasi terhadap peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak menjadi peserta JKN; dan
- h. Kepala Lembaga Pemasarakatan memberikan rekomendasi terhadap penghuni lembaga pemasarakatan.

Pasal 10

- (1) Dinas Sosial Provinsi/Kabupaten/Kota berwenang melaksanakan pemetaan, pendataan, verifikasi dan, validasi data kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Masyarakat berperan serta membantu memberikan data yang benar dan akurat tentang PBI Jaminan Kesehatan, baik diminta maupun tidak diminta.
- (3) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan melalui unit pengaduan masyarakat di Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota.
- (4) Standar Operasional Prosedur pemetaan, pendataan, verifikasi dan validasi data kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur oleh Dinas Sosial Provinsi/Kabupaten/Kota.

Pasal 11

- (1) Kepesertaan PBI Jamkesos dan PBI Jamkesda Kabupaten/Kota diutamakan dilakukan perubahan status kepesertaan menjadi kepesertaan PBI JKN.
- (2) Dalam hal perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) belum dapat dilaksanakan, untuk sementara dilakukan perubahan status menjadi kepesertaan PBI Jamkesta COB.
- (3) Perubahan status kepesertaan menjadi Peserta PBI Jamkesta dilakukan melalui verifikasi oleh Dinas Sosial Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya.

- (4) Kepesertaan peserta PBI Jamkesta menjadi peserta PBI JKN diusulkan oleh Dinas Sosial Provinsi kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Penjaminan manfaat PBI Jamkesta COB sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) dilakukan bersama antara Penyelenggara Jamkesta di Kabupaten/Kota dan penyelenggara di tingkat Provinsi dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Penyelenggara Jamkesta Kabupaten/Kota menjamin manfaat Jamkesta pada fasilitas kesehatan primer;
 - b. Penyelenggara Jamkesta Kabupaten/Kota bersama dengan Penyelenggara Jamkesta Provinsi menjamin manfaat Jamkesta pada fasilitas lanjutan sampai dengan nominal tertentu;
 - c. dalam hal Peserta Jamkesta masih membutuhkan manfaat setelah nominal tertentu yang ditanggung bersama penyelenggara Jamkesta sebagaimana dimaksud pada huruf b, fasilitas manfaat tersebut dijamin Penyelenggara Jamkesta Provinsi.
- (2) Sebagai upaya melengkapi dan meningkatkan manfaat jaminan kesehatan peserta JKN, penyelenggara Jamkesta dapat memberikan manfaat tambahan sesuai dengan kemampuan keuangan daerah.

Pasal 13

- (1) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan berupa paket pelayanan kesehatan sesuai sistem INA-CBG's.
- (2) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan serta kebutuhan darah.
- (3) Paket INA-CBG's sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan menurut tipe dan kelas rumah sakit sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur pedoman pembayaran bagi rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan untuk peserta jaminan kesehatan semesta.

Pasal 14

- (1) Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota sebagai pemberi kerja yang mempekerjakan pekerja wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai peserta jaminan kesehatan dengan membayar iuran manfaat jaminan kesehatan.

- (2) Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pegawai tidak tetap, pegawai honorer, staf khusus dan pekerja lain yang bekerja di lingkungan Satuan Kerja Perangkat Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota.

BAB III PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 15

- (1) Pelayanan kesehatan diberikan oleh PPK yang sudah bekerja sama dengan Penyelenggara Jamkesta.
- (2) Pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan paket manfaat pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14.
- (3) Dalam keadaan darurat medis peserta Jamkesta berhak mendapat pelayanan kesehatan dari PPK yang berada di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta di luar domisili peserta Jamkesta.

BAB IV SISTEM RUJUKAN

Pasal 16

- (1) Pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesta dilaksanakan berdasarkan prosedur pelayanan berjenjang sesuai dengan prinsip sistem rujukan mulai dari PPK I, PPK II, dan PPK III berdasarkan Peraturan Gubernur sistem rujukan.
- (2) Pelayanan rujukan kepada peserta Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan berdasarkan indikasi medis, tidak atas permintaan peserta.
- (3) Peserta Jamkesta wajib mengikuti ketentuan dan prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2).
- (4) Pengawasan dan pengendalian PPK dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (5) Dalam pelaksanaan pengawasan dan pengendalian PPK sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota dapat menunjuk lembaga yang kompeten.

Pasal 17

Pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada PPK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (1) diatur lebih lanjut dengan perjanjian kerja sama antara Penyelenggara Jamkesta dengan PPK.

BAB V
LEMBAGA PENGELOLA DANA JAMKESTA

Pasal 18

- (1) Lembaga Penyelenggara Jamkesta terdiri atas Unit Pelaksana Teknis Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos), Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta, Unit Pelaksana Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Kabupaten Sleman, Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- (2) Lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjalankan tugas dan fungsi pelayanan jaminan kesehatan di Provinsi/Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengelola dana jaminan kesehatan berupa bantuan iuran yang ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota masing-masing.
- (4) Bapel Jamkesos disamping mengelola Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangannya juga mengelola peserta COB yang diusulkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.

BAB VI
ANGGARAN JAMKESTA

Pasal 19

- (1) Besaran iuran untuk peserta Jamkesta ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (2) Besaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menjamin pelayanan kesehatan peserta Jamkesta.

Pasal 20

- (1) Penyelenggara Jamkesta mengembangkan Sistem Teknologi Informasi guna mendukung penyelenggaraan Jamkesta.
- (2) Sistem Teknologi Informasi Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat informasi mengenai:
 - a. jenis jaminan kesehatan yang dimiliki penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta;
 - b. pelayanan administrasi Jamkesta meliputi:
 - 1) transaksi pelayanan Jamkesta;
 - 2) profil kepesertaan;

- 3) profil fasilitas kesehatan; dan
- 4) prosedur rujukan di semua fasilitas kesehatan pertama dan lanjutan yang bekerja sama dengan penyelenggara Jamkesta.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 21

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta (Berita Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2011 Nomor 19), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 22

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal 3 Januari 2014

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta
pada tanggal 3 Januari 2014

SEKRETARIS DAERAH
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

ICHSANURI

BERITA DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2014 NOMOR 1

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

SUMADI

Pembina Tingkat I (IV/b)
NIP. 19630826 198903 1 007

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 1 TAHUN 2014
TENTANG
SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

BENTUK KARTU PESERTA JAMKESTA

A. Bagian Depan

JAMKESTA DIY

KARTU PESERTA

FOTO

NAMA :

N.I.K :

TEMPAT & TGL LHR :

MASA BERLAKU :

B. Bagian Belakang

KARTU INI BERLAKU

Puskesmas se-Provinsi DIY
RSUD Kabupaten/Kota dan BP4
RS DR Sardjito, RS Ghrasia
RS Swasta yang bekerjasama

HAK PESERTA

1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
2. Pelayanan di Rumah Sakit dengan Rujukan Puskesmas Kecuali Gawat Darurat Medis
3. Perawatan di Kelas III (Tiga) dan Obat Generik
4. Menyampaikan Keluhan ke Bapel Jamkesta

KEWAJIBAN PESERTA

1. Menunjukkan Kartu Peserta setiap berobat di Puskesmas atau di Rumah Sakit
2. Menyimpan Kartu Peserta dengan baik
3. Menjaga agar Kartu tidak disalah gunakan oleh orang lain
4. Pada Kasus Kecelakaan, peserta mengurus ke PT Jasa Raharja terlebih dahulu
5. Mengurus Penjaminan Maksimal 3 Hari Kerja

Tanda Tangan Peserta

KARTU INI DAPAT DIPERPANJANG JIKA MASIH DIUSULKAN OLEH PEMDA KABUPATEN/KOTA

Keterangan :

1. Kartu Peserta Jamkesta Penerima Bantuan Iuran berwarna dasar hijau.
2. Kartu Peserta Jamkesta Mandiri berwarna dasar kuning.

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

ttd

HAMENGKU BUWONO X

SUMADI

Pembina Tingkat I (IV/b)
NIP. 19630826 198903 1 007