



SALINAN

WALIKOTA TEGAL  
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN WALIKOTA TEGAL

NOMOR 23 TAHUN 2017

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN  
MASYARAKAT KOTA TEGAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA TEGAL,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pemenuhan hak atas jaminan kesehatan dan akselerasi kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional perlu penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di Kota Tegal;
- b. bahwa Peraturan Walikota Tegal Nomor 23 Tahun 2015 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Tegal tidak sesuai lagi dengan perkembangan sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Tegal tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Tegal;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah, Djawa Timur, Djawa Barat dan Dalam Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah dan Djawa Barat;
3. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Djawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);

4. Undang-Undang . . .

4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaga 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 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
8. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116);
9. 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);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1986 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal dengan Kabupaten Daerah Tingkat II Tegal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1986 Nomor 8, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3321);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 2007 tentang Perubahan Batas Wilayah Kota Tegal dengan Kabupaten Brebes Provinsi Jawa Tengah di Muara Sungai Kaligangsa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 48, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Nomor 4713);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264);
15. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
16. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 199);
17. Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal Nomor 6 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas dan Luas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal dan Memberlakukan Semua Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal serta Keputusan Walikotamadya Kepala Daerah Tingkat II Tegal di Wilayah Kotamadya Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal Tahun 1989 Nomor 4 );
18. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 16 Tahun 2008 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2008 Nomor 16);
19. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 1 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2012 Nomor 1, Tambahan Berita Daerah Kota Tegal Nomor 9);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2010 tentang Batas Daerah Kota Tegal Provinsi Jawa Tengah;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
22. Peraturan Walikota Tegal Nomor 12 Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 1 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum Jenis Retribusi Pelayanan Kesehatan (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2012 Nomor 12).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT KOTA TEGAL.

BAB I . . .

BAB I

## KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Tegal.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Tegal.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Tegal.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Tegal.
6. Badan Keuangan Daerah selanjutnya disebut Bakeuda adalah Badan Keuangan Daerah Kota Tegal.
7. Kelurahan adalah wilayah kerja Lurah sebagai Perangkat Daerah dalam wilayah kerja Kecamatan.
8. Lurah adalah pemimpin dan koordinator penyelenggaraan pemerintahan di wilayah kerja Kelurahan.
9. Basis Data Terpadu PPFM/BDT 2015 adalah data kemiskinan masyarakat Kota Tegal dari hasil pendataan Tahun 2015.
10. Jaminan Kesehatan adalah suatu sistem untuk memberikan perlindungan dan pemeliharaan bagi masyarakat dengan prinsip kendali mutu dan biaya.
11. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah suatu program pemerintah dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
12. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
13. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.
14. Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Tegal yang selanjutnya disingkat dengan Jamkesta adalah jaminan kesehatan bagi masyarakat /penduduk miskin dan tidak mampu yang masuk basis data terpadu kemiskinan di Daerah, Tenaga Harian Lepas yang mengabdikan diri di pemerintah Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasyarakatan di Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial, Pengemis, Gelandangan orang terlantar di Wilayah Daerah yang memenuhi ketentuan , belum dijamin dan/ atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya.
15. Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah Seksi Perijinan, Pembiayaan dan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan pada Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Tegal.

16. Tim Koordinasi Jamkesta adalah Tim yang dibentuk dengan Keputusan Walikota Tegal yang beranggotakan Kepala OPD terkait yang berfungsi sebagai Badan Pembina dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Pelaksana Jamkesta, PPK I dan PPK II.
17. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Pusat Kesehatan Masyarakat di lingkungan Pemerintah Daerah yang hanya melayani rawat jalan.
18. Pusat Kesehatan Masyarakat Rawat Inap yang selanjutnya disebut Puskesmas Rawat Inap adalah Pusat Kesehatan Masyarakat di lingkungan Pemerintah Daerah yang melayani rawat inap dan rawat jalan.
19. Jaringan Puskesmas adalah Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling di wilayah kerja Puskesmas.
20. Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru selanjutnya disingkat BP4 adalah balai pengobatan yang memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan lanjutan penyakit paru-paru di Kota Tegal.
21. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai ke pelayanan tingkat lanjutan, di Puskesmas dan jaringannya, balai pengobatan penyakit paru-paru, rumah sakit milik Pemerintah Daerah dan rumah sakit milik Pemerintah serta rumah sakit swasta.
22. Pemberi Pelayanan Kesehatan I yang selanjutnya disingkat PPK I adalah pemberi pelayanan kesehatan dasar, yaitu Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas dan jaringannya.
23. Pemberi Pelayanan Kesehatan II yang selanjutnya disingkat PPK II adalah pemberi pelayanan kesehatan spesialisik yaitu institusi rujukan tingkat pertama di Kota Tegal yaitu Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru, RSUD Kardinah dan Rumah Sakit swasta yang sudah mengadakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Kota Tegal.
24. Pemberi Pelayanan Kesehatan III yang selanjutnya disingkat PPK III adalah pemberi pelayanan kesehatan spesialisik lanjutan yaitu rumah sakit rujukan tingkat lanjut meliputi Rumah Sakit kelas A dan B yang ada di Provinsi Jawa Tengah dan Rumah sakit Swasta yang setara yang sudah mengadakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Kota Tegal.
25. Peserta Jamkesta yang selanjutnya disebut Peserta adalah setiap masyarakat/penduduk miskin dan tidak mampu yang masuk basis data terpadu kemiskinan di Daerah dan/atau anggota keluarganya, Tenaga Harian Lepas yang mengabdikan di pemerintah Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasyarakatan di Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial, Pengemis, Gelandangan orang terlantar di Wilayah Daerah yang memenuhi persyaratan.
26. Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh PPK.
27. Verifikator Jamkesta adalah tenaga verifikasi Jamkesta yang bertugas melakukan verifikasi ajukan klaim biaya pelayanan di PPK I, PPK II dan PPK III yang telah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesta.
28. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat I adalah pelayanan kesehatan tingkat I yang dilaksanakan oleh Puskesmas secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan meliputi pelayanan kesehatan perseorangan dan masyarakat.
29. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat I adalah pelayanan kesehatan perorangan tingkat I yang dilaksanakan oleh Puskesmas Rawat Inap.
30. Pelayanan . . .

30. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan II yaitu pelayanan kesehatan rawat jalan lanjutan dan tidak membutuhkan rawat inap yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat II.
31. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan II yaitu pelayanan kesehatan rawat inap lanjutan yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat II.
32. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan III yaitu pelayanan kesehatan rawat jalan yang diberikan hanya sebagai kelanjutan rawat inap oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat III.
33. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Lanjutan Tingkat III yaitu pelayanan kesehatan spesialistik rawat inap lanjutan, yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat III.
34. Pelayanan gawat darurat yaitu pelayanan kesehatan yang bersifat mendadak dan harus segera mendapatkan pelayanan.
35. Kartu Peserta Jamkesta selanjutnya disebut Kartu Jamkesta adalah kartu yang dikeluarkan oleh Pengelola Jamkesta sebagai tanda kepesertaan Program Jamkesta bagi masyarakat di wilayah Daerah.
36. Kartu Identitas / Tanda Pengenal Diri adalah kartu yang berisi data tentang diri seseorang, yang meliputi : nama, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan alamat berupa Kartu Tanda Penduduk/Kartu Keluarga.
37. Kartu Tanda Penduduk adalah identitas resmi penduduk sebagai bukti diri yang diterbitkan oleh instansi berwenang yang berlaku di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
38. Kartu Keluarga adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang nama, susunan dan hubungan dalam keluarga, serta identitas anggota keluarga.
39. Surat Keterangan Lahir adalah surat keterangan yang menyatakan kelahiran seseorang dan dikeluarkan oleh Kelurahan maupun petugas kesehatan yang menolong persalinan yang memuat identitas orang tua, alamat orang tua, tempat, tanggal dan hari kelahiran.

## BAB II KEBIJAKAN OPERASIONAL

### Pasal 2

- (1) Jamkesta merupakan program dan kegiatan dalam bentuk pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, bagi masyarakat / penduduk miskin dan tidak mampu yang masuk basis data terpadu kemiskinan di Daerah, Tenaga Harian Lepas yang mengabdikan diri di pemerintah Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasarakatan di Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial, Pengemis, Gelandangan dan orang terlantar di Wilayah Daerah yang belum terjamin dan / atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan peserta Jamkesta mengacu pada prinsip-prinsip:
  - a. dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat / penduduk Tenaga Harian Lepas yang mengabdikan diri di pemerintah Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasarakatan di Daerah, masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial, Pengemis, Gelandangan dan orang terlantar di Wilayah Daerah;
  - b. komprehensif . . .

- b. komprehensif sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional;
- c. pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas; dan
- d. efisien, transparan dan akuntabel.

### BAB III ORGANISASI JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

#### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 3

Tatalaksana Manajemen dan Organisasi Jamkesta sebagai berikut:

- a. Program Jamkesta dikelola oleh Tim Koordinasi Jamkesta dan dilaksanakan oleh Seksi Perijinan, Pembiayaan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Tegal ;
- b. Tim Koordinasi Jamkesta mengadakan koordinasi dengan Tim Pengelola Jamkesda Provinsi Jawa Tengah dan atau Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional dalam pelayanan kesehatan tingkat III.

#### Bagian Kedua Tim Koordinasi Jamkesta

#### Pasal 4

- (1) Tim Koordinasi Jamkesta beranggotakan Organisasi Pemerintah Daerah terkait, yang bertugas :
  - a. melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan Program Jamkesta Kota Tegal yang meliputi aspek manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangan;
  - b. melakukan monitoring pelayanan kesehatan terhadap peserta Program Jamkesta baik di PPK I maupun PPK II dan bila diperlukan terhadap peserta yang memperoleh pelayanan kesehatan di PPK III;
  - c. bila diperlukan melakukan uji petik kepada peserta Program jamkesta yang telah menerima pelayanan kesehatan;
  - d. melakukan evaluasi pelayanan rujukan berjenjang ;
  - e. mengusulkan penghargaan bagi Puskesmas yang melakukan pengendalian rujukan; dan
  - f. memberi masukan kepada Unit Pengaduan Masyarakat atas keluhan yang disampaikan oleh masyarakat.
- (2) Susunan keanggotaan Tim Koordinasi Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

#### Bagian Ketiga Pemberi Pelayanan Kesehatan

#### Pasal 5

- (1) Dalam pelaksanaan Program Jamkesta, Tim Koordinasi membuat Perjanjian Kerjasama dengan PPK I, PPK II dan PPK III.

(2) Pemerintah . . .

- (2) Pemerintah Daerah menjadi Jaringan Jamkesda Provinsi Jawa Tengah dan/atau Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional dengan membuat Kesepakatan Bersama.
- (3) Penyelenggara Jamkesta dapat mengembangkan jaringan PPK sesuai kebutuhan.

#### Pasal 6

- (1) PPK III baru yang berkeinginan bekerjasama dalam Program Jamkesta, mengajukan permohonan kepada Dinas Kesehatan yang dilampiri dokumen terdiri dari :
  - a. profil PPK III;
  - b. perizinan PPK III pemohon berupa izin tetap atau izin operasional sementara;
  - c. penetapan kelas rumah sakit (kelas A atau B) dari Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan; dan
  - d. pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam Program Jamkesta.
- (2) Berdasarkan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas Kesehatan memberikan penilaian terhadap PPK III pemohon dan apabila telah memenuhi persyaratan maka dibuat Perjanjian Kerjasama antara Tim Koordinasi dengan PPK III.

#### Bagian Keempat

#### Verifikator Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Tegal

#### Pasal 7

- (1) Verifikasi pelayanan kesehatan Program Jamkesta meliputi :
  - a. administrasi kepesertaan, meliputi kartu peserta, kartu imunisasi, surat rujukan dan administrasi pendukung lainnya;
  - b. administrasi pelayanan, meliputi nama pasien, nama dokter penanggung jawab, tanda tangan dokter penanggung jawab, surat rujukan, tanda tangan pimpinan PPK; dan
  - c. administrasi keuangan, meliputi bukti pembayaran sesuai tarif peraturan yang berlaku dan data pendukung.
- (2) Verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh verifikator Jamkesta yang bertanggung jawab kepada Walikota melalui Dinas Kesehatan.
- (3) Verifikator Jamkesta berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang berkompeten dibidangnya.
- (4) Tugas dan fungsi Verifikator Jamkesta :
  - a. Memastikan kebenaran dokumen identitas peserta Jamkesta;
  - b. Memastikan kelengkapan administrasi pasien yang telah memperoleh pelayanan di PPK I, II dan III;
  - c. Memastikan kebenaran besar tarif sesuai Peraturan Daerah yang berlaku; dan
  - d. Mengajukan hasil verifikasi klaim biaya pelayanan kesehatan dari PPK I, PPK II dan PPK III kepada Kepala Dinas Kesehatan untuk memperoleh persetujuan.
- (5) Verifikator jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan.

BAB IV  
KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

Pasal 8

- (1) Peserta dibedakan menjadi 2 (dua) sebagai berikut :
  - a. Peserta dengan kartu, terdiri dari :
    1. penduduk miskin dan tidak mampu di Daerah yang masuk dalam basis data terpadu kemiskinan, belum dijamin dan/atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya; dan
    2. tenaga Harian Lepas yang mengabdikan pada Pemerintah Daerah yang belum dijamin dan/atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya.
  - b. Peserta non Kartu, terdiri dari :
    1. masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasarakatan di Daerah yang belum dijamin dan/atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya;
    2. masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial di wilayah Daerah yang belum dijamin dan/atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya; dan
    3. Pengemis, Gelandangan dan orang terlantar di wilayah Daerah yang belum dijamin dan/atau tidak mempunyai jaminan kesehatan lainnya.
- (2) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a memperoleh Kartu Jamkesta yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan.
- (3) Peserta Non Kartu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mendapatkan persamaan hak kepesertaan dengan peserta pemegang kartu Jamkesta

Pasal 9

- (1) Peserta pemegang Kartu Jamkesta secara bertahap diikutsertakan pada program JKN melalui BPJS Kesehatan dengan mekanisme mutasi/tambal sulam.
- (2) Peserta yang diikutsertakan pada program JKN melalui BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (3) Proses Mutasi peserta dengan berita acara mutasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan

Pasal 10

Pemutakhiran data kepesertaan Jamkesta sebagai berikut :

- a. Peserta dari penduduk Daerah pemegang kartu Jamkesta akan dilakukan pemutakhiran data di tingkat kelurahan ke bawah oleh Dinas Kesehatan;
- b. data peserta Jamkesta sebagaimana dimaksud huruf a diumumkan oleh Kelurahan kepada masyarakat sehingga bila ada kekeliruan dapat segera dilaksanakan pembetulan (*validasi*);
- c. Peserta dari Tenaga Harian Lepas yang mengabdikan pada Pemerintah Daerah akan dilakukan pemutakhiran data melalui laporan dari Badan Kepegawaian Daerah Kota Tegal;

d. Peserta . . .

- d. Peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu penghuni Lembaga Pemasarakatan di Daerah akan dilakukan pemutakhiran data melalui laporan dari Lembaga Pemasarakatan di Daerah; dan
- e. Peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial , Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar di wilayah Daerah akan dilakukan pemutakhiran data melalui laporan dari Dinas Sosial

#### Pasal 11

Bagi bayi yang terlahir dari keluarga Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf a angka 1, apabila bayi membutuhkan pelayanan kesehatan, untuk bulan pertama diikutkan menjadi peserta JKN mandiri dan dapat langsung diberikan pelayanan kesehatan, dan selanjutnya secara otomatis menjadi peserta JKN pada bulan berikutnya

#### Pasal 12

- (1) Petugas Pendaftaran di PPK I dan II melakukan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan identitas Peserta yang berobat dengan database.
- (2) Verifikasi kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan fotocopy Kartu Jamkesta dan dokumen kartu identitas diri berupa Kartu Keluarga/Kartu Tanda Penduduk untuk pengecekan kebenarannya.
- (3) Verifikasi kepesertaan bagi penduduk usia 2 (dua) tahun ke bawah harus menyertakan kartu imunisasi.
- (4) Verifikasi kepesertaan bagi Peserta non kartu dilakukan dengan mencocokkan surat pengantar atau rekomendasi dari instansi yang berwenang

#### Pasal 13

- (1) Bagi Peserta dengan kartu apabila jamkesta yang dimiliki peserta hilang atau rusak, Peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan dilakukan pengecekan *database* kepesertaan oleh Petugas Pendaftaran baik di PPK I maupun PPK II, selanjutnya yang bersangkutan melaporkan kehilangan atau kerusakan Kartu Jamkesta tersebut kepada Dinas Kesehatan dalam jangka waktu maksimal 2 x 24 jam.
- (2) Laporan kehilangan Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian.
- (3) Dinas Kesehatan selanjutnya menerbitkan kartu jamkesta baru atau surat keterangan yang menyatakan kebenaran kepesertaan.

#### Pasal 14

- (1) hak kepesertaan Jamkestadicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi, apabila :
  - a. Peserta dari penduduk miskin dan tidak mampu daerah yang berubah status kemiskinannya pindah domisili ke luar daerah, meninggal dunia, mengundurkan diri atau punya jaminan kesehatan yang lain;
  - b. Peserta dari Tenaga harian lepas yang berhenti mengabdikan pada pemerintah daerah;

c. Peserta . . .

- c. Peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu penghuni lembaga pemasyarakatan di daerah yang sudah tidak lagi menjadi penghuni lembaga pemasyarakatan di daerah;
  - d. Peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu penghuni panti sosial di wilayah daerah yang sudah tidak lagi menjadi penghuni panti sosial di wilayah daerah; dan
  - e. Peserta dari pengemis, gelandangan dan orang terlantar di wilayah daerah yang sudah tidak lagi sebagai pengemis, gelandangan dan orang terlantar di wilayah daerah.
- (2) Peserta yang menyalahgunakan kartu jamkesta maka kartu tersebut dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi, sehingga pemilik kartu tidak mendapatkan hak Pelayanan Jamkesta.

BAB V  
PELAYANAN KESEHATAN JAMINAN  
KESEHATAN MASYARAKAT

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 15

Tatalaksana Pelayanan Kesehatan Jamkesta sebagai berikut:

- a. dalam memberikan pelayanan kesehatan, PPK harus mematuhi standar pelayanan yang berlaku termasuk standar obat (*formularium*) sehingga merupakan pelayanan kesehatan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik;
- b. pelayanan kesehatan di PPK I adalah pelayanan kesehatan lanjutan, tidak termasuk pelayanan kesehatan dasar karena sudah dijamin oleh Pemerintah Daerah;
- c. peserta Jamkesta yang membutuhkan pelayanan di PPK II harus menyertakan surat rujukan dari PPK I; dan
- d. peserta pemegang kartu jamkesta dan peserta non kartu yang membutuhkan pelayanan rujukan ke PPK III, hanya dirujuk pada PPK III yang telah mengadakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Daerah dan harus sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Pasal 16

- (1) Setiap Peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan, meliputi :
  - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama di Puskesmas dan jaringannya;
  - b. Rawat Inap Tingkat Pertama di Puskesmas Rawat Inap;
  - c. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan II di PPK II;
  - d. Rawat Inap Tingkat Lanjutan II di PPK II;
  - e. pelayanan gawat darurat.
- (2) Peserta pemegang kartu jamkesta dan peserta non kartu bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK III, meliputi :
  - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan III sebagai lanjutan dari Rawat Inap (kontrol);
  - b. Rawat Inap Lanjutan Tingkat III.

(3) Bagi . . .

- (3) Bagi Peserta pemegang kartu jamkesta dan peserta non kartu untuk mendapat pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), status kepesertaan Jamkesta harus ditetapkan sejak awal dengan merujuk pada Kartu Jamkesta atau *database* kepesertaan Jamkesta.
- (4) Manfaat jaminan yang diberikan kepada Peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
- (5) Pelayanan kesehatan dalam Jamkesta menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
- (6) Pemberian pelayanan kesehatan kepada Peserta oleh PPK harus dilakukan secara efisien dan efektif dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

#### Pasal 17

- (1) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat I diberikan di Puskesmas yang berupa pelayanan kesehatan lanjutan tingkat I dan rawat inap tingkat I.
- (2) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat II (rawat jalan dan rawat inap) berdasarkan rujukan PPK I diberikan di PPK II Jaringan Jamkesta yang melakukan kerja sama.
- (3) Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruang rawat inap kelas III dan tidak diperkenankan pindah, kecuali atas kebijakan Direktur atau Kepala PPK karena kelas III sudah penuh dan tidak dapat menampung pasien baru lagi.
- (4) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat III diberikan berdasarkan rujukan dari PPK II kepada PPK III yang merupakan jaringan Jamkesda Provinsi Jawa Tengah.
- (5) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat III sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilaksanakan setelah ada perjanjian kerja sama dengan Pemerintah Daerah.

#### Bagian Kedua Prosedur Pelayanan

#### Pasal 18

- (1) Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan tingkat I :
  - a. peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat I di Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas dan jaringannya harus menyerahkan foto copy Kartu Jamkesta dan data pendukung berupa kartu identitas/tanda bukti diri;
  - b. bagi peserta usia 2 (dua) tahun ke bawah harus menyertakan fotocopy kartu imunisasi;
  - c. bagi Peserta non kartu:
    1. peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu penghuni lembaga pemasyarakatan di daerah yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat I di Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas dan jaringannya menyerahkan surat pengantar dari lembaga pemasyarakatan;

2. peserta . . .

2. peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu penghuni panti sosial , pengemis, gelandangan dan orang terlantar di wilayah daerah yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat I di Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas dan jaringannya menyerahkan surat pengantar dari Dinas Sosial.
- (2) Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan tingkat II :
- a. peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat II (RJTL dan RITL) dirujuk dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat II dilengkapi dengan fotocopy Kartu Jamkesta, kartu identitas dan surat rujukan yang harus diserahkan sejak awal (sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan);
  - b. pada kasus *emergency*, Peserta tidak memerlukan surat rujukan dari PPK I, cukup rujukan dari UGD PPK II;
  - c. bagi bayi yang terlahir dari keluarga Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf a angka 1 secara otomatis menjadi Peserta merujuk pada Kartu Jamkesta atau kartu JKN hasil integrasi milik orang tuanya;
  - d. bayi berumur 0 hari sampai dengan 100 hari sebagaimana dimaksud pada angka 3 yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat II (RJTL dan RITL), dapat langsung diberikan pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jamkesta atau kartu JKN hasil integrasi milik orang tuanya yang dilampiri surat rujukan dari PPK I, fotocopy Kartu Peserta Jamkesta orang tuanya, Surat Keterangan Lahir dan Kartu Keluarga;
  - e. orang tua bayi sebagaimana dimaksud pada angka 3 wajib melaporkan kepada Dinas Kesehatan untuk diusulkan sebagai Peserta dan memperoleh Kartu Jamkesta.
  - f. bagi peserta usia 2 (dua) tahun ke bawah harus menyertakan fotokopi kartu imunisasi;
  - g. bagi Peserta non kartu:
    1. peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasarakatan di Daerah yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat II (RJTL dan RITL) dirujuk dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat II dilengkapi dengan Surat Pengantar dari Lembaga Pemasarakatan dan surat rujukan yang harus diserahkan sejak awal (sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan);
    2. Peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial, Pengemis, Gelandangan dan Orang terlantar di wilayah Daerah yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat II (RJTL dan RITL) dirujuk dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat II dilengkapi dengan Surat Pengantar dari Dinas Sosial Kota Tegal dan surat rujukan yang harus diserahkan sejak awal (sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan);
    3. pada kasus *emergency*, Peserta tidak memerlukan surat rujukan dari PPK I, cukup rujukan dari UGD PPK II;
  - h. untuk kasus kronis dan perlu perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 3 (tiga) bulan;
  - i. peserta yang dalam keadaan gawat darurat memerlukan rawat inap, namun identitas kepesertaannya belum lengkap, maka yang bersangkutan diberi waktu 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapinya;
  - j. pelayanan obat di rumah sakit dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Untuk . . .

1. Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di rumah sakit, instalasi farmasi/apotik rumah sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai yang diperlukan agar terjadi efisiensi pelayanan, pemberian obat didorong agar menggunakan obat generik di rumah sakit;
  2. Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait dan tidak dibebankan kepada pasien;
  3. Pemberian obat untuk pasien diberikan untuk 5 (lima) hari, kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan untuk 14 (empat belas) hari sesuai dengan kebutuhan medis yang dilakukan dengan efisien dan mengacu pada *clinical pathway*;
- (3) Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan tingkat III :
- a. Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan III (RJTL dan RITL) dirujuk dari PPK II ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan III dilengkapi dengan fotocopy Kartu Jamkesta, fotocopy Kartu Identitas, fotocopy Kartu Keluarga, Surat Rujukan PPK II dan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan;
  - b. Bagi Peserta non Kartu :
    1. peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Lembaga Pemasarakatan di Daerah yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan III (RJTL dan dirujuk dari PPK II ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan RITL) III dilengkapi dengan Surat Pengantar dari Lembaga Pemasarakatan dan surat rujukan PPK II dan surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan; dan
    2. peserta dari masyarakat miskin dan tidak mampu Penghuni Panti Sosial, Pengemis, Gelandangan dan Orang terlantar di wilayah Daerah yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan III (RJTL dan dirujuk dari PPK II ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan RITL) III dilengkapi dengan Surat Pengantar dari Dinas Sosial dan surat rujukan PPK II dan surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan;
  - c. pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku.

Bagian Ketiga  
Manfaat

Pasal 19

Manfaat pelayanan kesehatan yang disediakan bagi Peserta bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.

Bagian Keempat  
Pelaksana Pelayanan Kesehatan

Pasal 20

Pelaksana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 adalah:

- a. PPK I, yang meliputi Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas dan jaringannya;
- b. PPK II, yang meliputi RSUD Kardinah dan BP4;
- c. PPK III, yang meliputi Rumah Sakit milik Pemerintah di Provinsi Jawa Tengah yang bekerja sama dengan Daerah.

Bagian . . .

Bagian Kelima  
Pelayanan Kesehatan yang Dijamin

Pasal 21

- (1) Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin di PPK I meliputi :
  - a. rawat jalan lanjutan untuk semua pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya;
  - b. rawat inap di Puskesmas Rawat Inap;
  - c. pelayanan gawat darurat;
  - d. Pelayanan persalinan dan neonatal sampai dengan kehamilan ketiga.
  
- (2) Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin di PPK II meliputi :
  - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dilaksanakan pada poliklinik spesialis PPK Tingkat II, terdiri dari:
    1. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum;
    2. Rehabilitasi medik;
    3. Penunjang diagnostik, yaitu laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
    4. Tindakan medis;
    5. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
    6. Pemeriksaan dan pengobatan penyakit paru-paru;
    7. Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya, untuk kontrasepsi disediakan DinasPengendalianPendudukdanKeluargaBerencana, PemberdayaanPerempuanandanPerlindunganAnak;
    8. Pemberian obat dan pelayanan darah;
  - b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III PPK II, terdiri dari:
    1. Akomodasi rawat inap pada kelas III (termasuk makan pasien);
    2. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
    3. Penunjang diagnostik, yaitu laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
    4. Tindakan medis;
    5. Operasi sedang, besar dan khusus;
    6. Pelayanan rehabilitasi medis;
    7. Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU);
    8. Pemberian obat;
    9. Pelayanan darah;
    10. Bahan dan alat kesehatan habis pakai;
    11. *Haemodialisa*;
  - c. pelayanan gawat darurat (*emergency*), kriteria gawat darurat:
    1. Kecelakaan (kecuali kecelakaan lalu lintas yang dijamin oleh Jasa Raharja dan kecelakaan kerja yang dijamin oleh BPJS Kesehatan), ruda paksa;
    2. Serangan jantung;
    3. Panas tinggi di atas 39° C atau disertai kejang demam;
    4. Perdarahan hebat;
    5. Diare disertai dehidrasi sedang/berat;
    6. Sesak napas;
    7. Gangguan kesadaran berat;
    8. Nyeri kolik;
    9. Gaduh gelisah pada penderita gangguan jiwa;
    10. Alergi obat, luka bakar, kejang demam, dan lain-lain.
  - d. Pelayanan persalinan dan neonatal sampai dengan kehamilan ketiga.

## Pasal 22

Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin di PPK III meliputi Rawat Jalan sebagai kelanjutan dari pelayanan rawat inap (kontrol) Tingkat Lanjutan III (RJTL III) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan III (RITL III) dengan jenis pelayanan kesehatan sesuai peraturan yang berlaku.

### Bagian Keenam Pelayanan Kesehatan yang dibatasi

## Pasal 23

Pelayanan Kesehatan yang dibatasi hanya di PPK III dan mengacu pada peraturan yang berlaku.

### Bagian Ketujuh Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin

## Pasal 24

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin pada Jamkesta :

- a. Kecelakaan lalu lintas yang dijamin oleh Jasa Raharja dan kecelakaan yang dijamin program jaminan kecelakaan kerja;
- b. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
- c. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
- d. *General check up*;
- e. *Prothesis* gigi tiruan;
- f. Kacamata;
- g. Lensa kontak;
- h. Alat bantu dengar;
- i. Alat bantu gerak;
- j. Pengobatan alternatif dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah seperti pijat refleksi, akupuntur, shin she, supranatural/paranormal, dukun bayi dan lain-lain;
- k. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
- l. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;
- m. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial;
- n. Pelayanan penunjang diagnostik canggih, pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus *life-safing* dan kebutuhan penegakkan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh komite medik; dan
- o. Pelayanan persalinan dan neonatal bagi kehamilan keempat dan seterusnya.

## BAB VI PENDANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

### Bagian Kesatu Umum

## Pasal 25

Tatalaksana Pendanaan Jamkesta sebagai berikut :

- a. PPK I, II dan III mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan, kepada Dinas Kesehatan;
- b. pembayaran . . .

- b. Pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan di PPK I dan II menggunakan tarif sesuai peraturan yang berlaku di Daerah;
- c. Pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan di PPK III menggunakan tarif yang berlaku di PPK III.

#### Pasal 26

- (1) Pendanaan Jamkesta merupakan jenis belanja barang dan jasa.
- (2) Pembayaran biaya pelayanan kesehatan ke PPK I, II dan III berdasarkan klaim setiap bulan yang telah diverifikasi oleh Verifikator Jamkesta dan disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (3) Besaran biaya yang dibayarkan kepada PPK III sesuai dengan ketentuan pada perjanjian kerjasama antara PPK III dan Dinas Kesehatan.
- (4) Peserta pemegang kartu Jamkesta dan peserta non kartu tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

#### Pasal 27

Sumber Dana berasal dari :

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Tegal yang digunakan untuk:
  - 1. biaya pelayanan kesehatan Program Jamkesta;
  - 2. membayar kekurangan biaya pelayanan kesehatan di PPK I, II dan III atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada Peserta Jamkesta tahun sebelumnya; dan
  - 3. membayar iuran Jaminan Kesehatan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan.
- b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah yang digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan di PPK III bagi peserta pemegang Kartu Jamkesta dan Peserta non Kartu.

### Bagian Kedua Jenis Pendanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat

#### Pasal 28

Pendanaan Jamkesta dibagi dalam 2 (dua) bagian, yaitu:

- a. dana pelayanan kesehatan langsung; dan
- b. dana pelayanan kesehatan tidak langsung.

#### Pasal 29

- (1) Dana pelayanan kesehatan langsung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 huruf a adalah dana yang langsung diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan Peserta.
- (2) Dana pelayanan kesehatan langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan bagi:
  - a. biaya pelayanan rawat jalan lanjutan kesehatan di PPK I (Puskesmas dan Jaringannya);
  - b. biaya pelayanan rawat inap di Puskesmas Rawat Inap;
  - c. biaya pelayanan kesehatan di PPK II; dan
  - d. biaya pelayanan kesehatan di PPK III;

Pasal . . .

### Pasal 30

- (1) Dana pelayanan kesehatan tidak langsung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 huruf b adalah dana yang diperuntukkan bagi operasional manajemen dalam menunjang kelancaran pelayanan kesehatan langsung oleh PPK dengan perincian sebagai berikut :
  - a. untuk operasional penyelenggara JKM; dan
  - b. untuk operasional Tim Koordinasi Jamkesta.
  
- (2) Dana pelayanan kesehatan tidak langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan bagi kegiatan sebagai berikut :
  - a. Manajemen dan operasional penyelenggara JKM;
  - b. Sosialisasi Jamkesta;
  - c. Pencetakan Kartu Peserta Jamkesta;
  - d. Pembuatan, penggandaan dan penjilidan buku laporan tahunan pelaksanaan Jamkesta;
  - e. Pembayaran honor operasional Tim Koordinasi Jamkesta;
  - f. Pembayaran honor operasional Jamkesta .

### Bagian Ketiga Penyaluran Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat

#### Pasal 31

Penyaluran dana Jamkesta sebagai berikut :

- a. dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK I, PPK II dan PPK III dibayarkan oleh Penyelenggara JKM, setelah ada klaim dari PPK I, II dan III disertai dengan laporan jumlah dan jenis pelayanan yang diberikan yang dilakukan setiap bulan;
- b. Penyelenggara Jamkesta melalui Dinas Kesehatan mengirimkan laporan penggunaan dana pelayanan kesehatan langsung secara periodik kepada Pemerintah Daerah.

### Bagian Keempat Pencairan, Pemanfaatan dan Pertanggungjawaban Dana Pelayanan Kesehatan Langsung

#### Pasal 32

- (1) Pencairan dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK I, PPK II dan PPK III :
  - a. PPK I , PPK II dan PPK III mengajukan klaim dana pelayanan kesehatan langsung kepada Penyelenggara JKM dengan disertai laporan pelayanan;
  - b. klaim dana pelayanan dan laporan pelayanan sebagaimana dimaksud huruf a diverifikasi oleh Penyelenggara JKM
  - c. berdasarkan hasil verifikasi sebagaimana dimaksud pada huruf b, Penyelenggara JKM mengajukan klaim kepada DPPKAD melalui Dinas Kesehatan; dan
  - d. dana pelayanan kesehatan diterima PPK I, PPK II dan PPK III melalui Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan.
  
- (2) Pemanfaatan dan pertanggung jawaban dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK I , PPK II dan PPK III :
  - a. Pemanfaatan klaim dana pelayanan kesehatan dipergunakan sesuai dengan peraturan yang berlaku;
  - b. Pertanggungjawaban . . .

- b. Pertanggungjawaban dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK I PPK II dan PPK III berupa rekapitulasi jenis pelayanan yang telah ditandatangani oleh petugas PPK dan diketahui oleh Pimpinan PPK; dan
- c. Pelaporan pertanggungjawaban keuangan disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di PPK I, PPK II dan PPK II meliputi kunjungan rawat jalan, kunjungan kasus rawat inap disertai dengan karakteristik pasien dan sepuluh penyakit terbanyak.

## BAB VII PELAPORAN

### Pasal 33

- (1) Pelaporan penyelenggaraan Jamkesta dilaksanakan oleh penyelenggara JKM kepada Kepala Dinas Kesehatan setiap bulan.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan melaporkan pelaksanaan Jamkesta kepada Walikota dan Tim Koordinasi Jamkesta

## BABVIII PENANGANAN KELUHAN

### Pasal 34

- (1) Penyampaian keluhan atau pengaduan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima pelayanan, masyarakat pemerhati dan petugas pemberi pelayanan serta pelaksana penyelenggara Jamkesta.
- (2) Penyampaian keluhan atau pengaduan merupakan umpan balik bagi semua pihak untuk perbaikan pelaksanaan Jamkesta.

## BAB IX MONITORING DAN EVALUASI

### Pasal 35

- (1) Monitoring dan evaluasi Jamkesta bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang kelancaran dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Program Jamkesta.
- (2) Ruang lingkup monitoring dan evaluasi :
  - a. *database* kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesta, dokumentasi dan penanganan keluhan;
  - b. pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan dan rujukan peserta Jamkesta ke PPK I, PPK II dan PPK III; dan
  - c. realisasi klaim tagihan biaya pelayanan kesehatan baik di PPK I, PPK II dan PPK III.
- (3) Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Tim Koordinasi atau Badan Pembina secara periodik, melalui :
  - a. pertemuan dan koordinasi;
  - b. pengelolaan pelaporan Jamkesta (pengolahan dan analisis);
  - c. bimbingan teknis dan supervisi.

BAB X  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 36

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya, diatur lebih lanjut oleh Kepala Dinas

Pasal 37

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, Peraturan Walikota Tegal Nomor 23 Tahun 2015 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Tegal (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2015 Nomor 23) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 38

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tegal  
pada tanggal 31 Oktober 2017

Plt. WALIKOTA TEGAL,

ttd

MOHAMAD NURSHOLEH

Diundangkan di Tegal  
pada tanggal 31 Oktober 2017

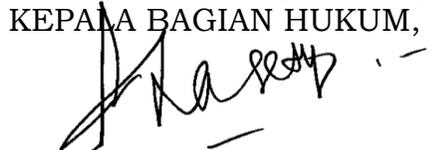
Plt. SEKRETARIS DAERAH KOTA TEGAL

ttd

YUSWO WALUYO

BERITA DAERAH KOTA TEGAL TAHUN 2017 NOMOR 23

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM,

  
ILHAM PRASETYO. S.Sos. M.Si.

Pembina

NIP 19731003 199311 1 001