



**PROVINSI JAWA BARAT
WALI KOTA DEPOK**

**PERATURAN WALI KOTA DEPOK
NOMOR 2 TAHUN 2017**

**TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN
DI LUAR KUOTA PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN DAN
BANTUAN SOSIAL TIDAK TERENCANA BAGI ORANG TERLANTAR**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALI KOTA DEPOK,**

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan angka romawi III.2.b.3).f) Lampiran Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2017 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 109 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2017, menegaskan bahwa penganggaran penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, yang tidak menjadi cakupan penyelenggaraan jaminan kesehatan melalui BPJS yang bersumber APBN, Pemerintah Daerah dapat menganggarkan dalam bentuk program dan kegiatan pada SKPD yang menangani urusan kesehatan pemberi pelayanan kesehatan;
 - b. bahwa dalam rangka mewujudkan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, perlu dilakukan upaya pemeliharaan kesehatan yang diselenggarakan melalui Program Pelayanan Kesehatan;

- c. bahwa berdasarkan lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan Jaminan Kesehatan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain-lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Petunjuk Teknis Pembiayaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Luar Kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Dan Bantuan Sosial Tidak Terencana Bagi Orang Terlantar;

- Mengingat :
- 1. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Depok dan Kotamadya Daerah Tingkat II Cilegon (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3858);
 - 2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3839);
 - 3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 - 4. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967);
 - 5. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235);

6. 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 2014 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5294);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5294);
9. 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);
10. 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;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi;
13. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 3 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2010 Nomor 01);

14. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Depok (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2016 Nomor 10);
15. Peraturan Wali Kota Depok Nomor 82 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN WALI KOTA TENTANG PETUNJUK TEKNIS PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI LUAR KUOTA PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN DAN BANTUAN SOSIAL TIDAK TERENCANA BAGI ORANG TERLANTAR.**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kota adalah Daerah Kota Depok.
2. Pemerintah Daerah Kota adalah Pemerintah Daerah Kota Depok.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Depok.
4. Badan Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat BKD adalah perangkat daerah pada Pemerintah Kota yang melaksanakan pengelolaan APBD.
5. Keuangan Daerah adalah semua hak dan kewajiban daerah dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan daerah yang dapat dinilai dengan uang termasuk di dalamnya segala bentuk kekayaan yang berhubungan dengan hak dan kewajiban daerah.
6. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
7. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah Perangkat Daerah pada Pemerintah Kota selaku pengguna anggaran.

8. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah Kota bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional yang apabila ditunda penanganannya akan menimbulkan resiko sosial yang lebih besar bagi individu dan/atau keluarga yang bersangkutan.
9. Resiko Sosial adalah kejadian atau peristiwa yang dapat menimbulkan potensi terjadinya kerentanan sosial yang ditanggung oleh individu, keluarga, kelompok dan/atau masyarakat sebagai dampak krisis sosial, krisis ekonomi, krisis politik, fenomena alam dan bencana alam yang jika tidak diberikan belanja bantuan sosial akan semakin terpuruk dan tidak dapat hidup dalam kondisi wajar.
10. Kesejahteraan Sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.
11. Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial adalah upaya yang terarah, terpadu dan berkelanjutan yang dilakukan Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.
12. Rehabilitasi Sosial adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.
13. Perlindungan Sosial adalah semua upaya yang diarahkan untuk mencegah dan menangani risiko dari guncangan dan kerentanan sosial.
14. Jaminan Sosial adalah skema yang melembaga untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

15. 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.
16. Keterlantaran adalah kondisi tidak terpenuhinya kebutuhan fisik, psikis, dan sosial secara wajar yang disebabkan oleh ketidakmampuan sosial ekonomi, dan pengabaian terhadap tugas tanggung jawab.
17. Orang Terlantar adalah orang yang karena sesuatu sebab yang tidak melakukan kewajibannya, sehingga terganggu kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangannya baik secara jasmani, rohani maupun sosial.
18. Terpidana adalah seseorang yang dipidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
19. Narapidana adalah Terpidana yang menjalani pidana hilang kemerdekaan di LAPAS.
20. KIPI adalah Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi.
21. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah sakit Umum milik Pemerintah Kota Depok.
22. Fasilitas Kesehatan TK I yang selanjutnya disingkat FKTP adalah sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan tingkat dasar pada masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional.
23. Fasilitas Kesehatan TK II yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tingkat lanjut pada masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional.
24. Gawat Darurat adalah keadaan karena cedera/tidak yang mengancam nyawa atau menimbulkan cacat.

25. Pelayanan kegawatdaruratan adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
26. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosa, pengobatan, tindakan medik, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap.
27. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, konsultasi, diagnosis, pengobatan, visite dan/atau pelayanan medis lainnya dengan menempati tempat tidur/tinggal di ruang rawat inap kelas III.
28. Obat Standar adalah obat yang harus tersedia di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang tertuang dalam Formularium Nasional.
29. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh menteri kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional.
30. Obat dan alat kesehatan pendamping adalah obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan di luar obat dan alat kesehatan standar melalui persetujuan Komite Medik.
31. Tindakan medis adalah tindakan yang bersifat operatif dan non operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan.
32. Pelayanan penunjang medik adalah pelayanan untuk menunjang penegakan diagnosis dan terapi.
33. Surat Jaminan Pelayanan, yang selanjutnya disingkat SJP adalah surat jaminan pembiayaan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Faskes TK II.

34. Tenaga Pelaksana Verifikasi adalah tenaga yang memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan administrasi klaim meliputi aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan, keuangan dan mampu melaksanakan tugasnya secara profesional.
35. Diskresi adalah Keputusan dan/atau Tindakan yang ditetapkan dan/atau dilakukan oleh Pejabat Pemerintahan untuk mengatasi persoalan konkret yang dihadapi dalam penyelenggaraan pemerintahan dalam hal peraturan perundang-undangan yang memberikan pilihan, tidak mengatur, tidak lengkap atau tidak jelas, dan/atau adanya stagnasi pemerintahan.

BAB II

RUANG LINGKUP

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Wali Kota ini meliputi penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, pelaporan dan pertanggungjawaban serta monitoring dan evaluasi pemberian Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bantuan Sosial Tidak Terencana Bagi Orang Terlantar.

BAB III

PEMBERIAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI LUAR KUOTA PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) DAN BANTUAN SOSIAL TIDAK TERENCANA BAGI ORANG TERLANTAR

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 3

- (1) Pemerintah Kota Depok dapat memberikan pelayanan kesehatan Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan kepada anggota/keompok masyarakat, Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS), Anak Panti Asuhan, Narapidana sesuai kemampuan keuangan daerah.

- (2) Pemberian Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setelah memprioritaskan pemenuhan belanja urusan wajib dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan, rasionalitas, dan manfaat untuk masyarakat.
- (3) Masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bantuan Sosial Tidak Terencana Bagi Orang Terlantar ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.

Pasal 4

Anggota/kelompok masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) meliputi :

- a. individu, keluarga dan/atau masyarakat yang mengalami keadaan yang tidak stabil sebagai akibat dari krisis sosial, ekonomi, politik, bencana, atau fenomena alam yang jika tidak diberikan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan akan semakin terpuruk dan tidak dapat hidup dalam kondisi wajar;
- b. PMKS;
- c. anak panti asuhan;
- d. Narapidana;
- e. warga Kota Depok yang tidak termasuk sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dan yang bersangkutan merupakan warga yang tidak mampu yang pada saat ini membutuhkan Pelayanan Kesehatan dengan pembiayaan melalui Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat Miskin di luar Kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

Pasal 5

- (1) Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dialokasikan kepada individu dan/atau keluarga yang sudah jelas nama, alamat penerima dan besarnya yang tercantum dalam Keputusan Wali Kota.

- (2) Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat Miskin di luar Kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dialokasikan untuk kebutuhan akibat resiko sosial yang tidak dapat diperkirakan yang apabila ditunda penanganannya akan menimbulkan resiko sosial yang lebih besar bagi individu dan /atau keluarga yang bersangkutan dan diberikan atas nama penerima melalui rekening Rumah Sakit tempat yang bersangkutan mendapat pelayanan kesehatan.
- (3) Pagu alokasi anggaran yang tidak direncanakan sebelumnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak melebihi pagu alokasi anggaran yang direncanakan.

Bagian Kedua

Calon Penerima Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Luar Kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan

Pasal 6

- (1) Pemberian Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (3) memenuhi kriteria:
 - a. selektif;
 - b. memenuhi persyaratan penerima bantuan;
 - c. bersifat sementara dan tidak terus menerus, kecuali dalam keadaan tertentu dapat berkelanjutan.
- (2) Kriteria selektif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat Miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan hanya diberikan kepada calon penerima yang ditujukan untuk melindungi dari kemungkinan resiko sosial.
- (3) Kriteria persyaratan penerima Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi :

- a. fotocopy KTP dan KK Depok yang masih berlaku paling sedikit 6 (enam) bulan atau Surat Keterangan Tempat Tinggal yang masih berlaku;
- b. surat permohonan penerima bantuan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI jaminan kesehatan dari individu dan/atau keluarga peserta kepada Wali Kota;
- c. surat keterangan rawat inap/surat keterangan medis (diagnosa) yang dikeluarkan Fasilitas Kesehatan;
- d. hasil Verifikasi dari puskesmas paling sedikit memenuhi 12 (dua belas) ciri dari 15 (lima belas) ciri Pemanfaatan Program di Bidang Kesehatan Kota Depok yaitu :
 - 1) luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² (delapan meter persegi) per orang;
 - 2) jenis lantai plester/keramik kualitas rendah;
 - 3) jenis dinding tempat tinggal dari kayu/tembok tanpa plester/tembok plester;
 - 4) memiliki fasilitas buang air besar/tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain;
 - 5) sumber penerangan menggunakan listrik 900 (sembilan ratus) watt;
 - 6) sumber air minum berasal dari sumur bor/pompa listrik/ mata air terlindungi;
 - 7) bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/minyak tanah/gas 3 kg (tiga kilogram);
 - 8) hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam/ikan/telur 1(satu) kali dalam seminggu;
 - 9) hanya membeli 1 (satu) pasang pakaian baru dalam 1 (satu) tahun;
 - 10) hanya sanggup makan sebanyak 1 (satu) atau 2 (dua) kali dalam sehari;
 - 11) tidak sanggup membayar biaya pengobatan;
 - 12) pendidikan tertinggi kepala rumah tangga : tidak sekolah/tidak tamat SD/SD/SLTP;

- 13) sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: buruh tani, buruh bangunan, buruh perkebunan dan/atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 750.000/bulan (tujuh ratus lima puluh ribu per bulan);
 - 14) tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual paling sedikit Rp 1.500.000,- (satu juta lima ratus ribu rupiah) seperti sepeda motor kredit/non kredit, emas, ternak, atau barang modal lainnya;
 - 15) status kepemilikan rumah adalah: sendiri/menumpang/sewa paling banyak Rp500.000,00/bulan (lima ratus ribu per bulan).
- e. Surat Keterangan Tidak Mampu dari RT, RW, Kelurahan;
 - f. Surat Permohonan bantuan penerima bantuan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI jaminan kesehatan dari Kelurahan ditujukan kepada Wali Kota;
 - g. Surat Permohonan bantuan penerima bantuan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI jaminan kesehatan dari Puskesmas ditujukan kepada Wali Kota;
 - h. fotocopy bukti pembayaran PBB dan/atau Rekening listrik terakhir, dan apabila tidak punya tempat tinggal melampirkan surat pernyataan menyewa/menumpang yang diketahui RT/RW setempat.
- (4) Pengurusan berkas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh keluarga atau orang yang diberi kuasa oleh keluarga dalam waktu 3x24 jam hari kerja.
 - (5) Berdasarkan berkas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dinas Kesehatan menerbitkan SJP yang disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan.
 - (6) Masa berlaku SJP untuk Rawat Jalan adalah 1 (satu) bulan dan dapat diperpanjang, sedangkan untuk Rawat Inap 2 (dua) minggu dan dapat diperpanjang.

- (7) Kriteria bersifat sementara dan tidak terus menerus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan bantuan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI jaminan kesehatan tidak wajib dan tidak harus diberikan setiap tahun anggaran.
- (8) Keadaan tertentu dapat berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pemberian bantuan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI jaminan kesehatan dapat diberikan setiap tahun anggaran sampai penerima Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan telah lepas dari resiko sosial.
- (9) Kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperuntukan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI dan/atau memiliki Jaminan Kesehatan namun tidak aktif.

Bagian Ketiga

Jaminan Kesehatan bagi Orang Terlantar

Pasal 7

Jaminan Kesehatan bagi orang terlantar dapat diberikan setelah memenuhi kelengkapan berkas sebagai berikut :

- a. Surat Rekomendasi yang di keluarkan oleh Dinas Sosial terhadap orang dalam keterlantaran yang di lakukan melalui Assement terlebih dahulu melalui Standar Operasional Prosedur berdasarkan Berita Acara penyerahan dari Kepolisian, Satuan Polisi Pamong Praja/Kecamatan/Kelurahan setempat di Kota Depok;
- b. SJP yang dikeluarkan Dinas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas/FKRTL dengan dasar surat rekomendasi dari Dinas Sosial dan surat rujukan dari Puskesmas atau tenaga medis yang berwenang jika dirujuk ke FKRTL;
- c. setelah pasien (orang terlantar) dinyatakan sehat maka Rumah Sakit mengembalikan pasien tersebut ke Dinas Sosial Kota Depok.

BAB IV

RUANG LINGKUP PELAYANAN PENERIMA PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI LUAR KUOTA PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN DAN BANTUAN SOSIAL TIDAK TERENCANA BAGI ORANG TERLANTAR

Pasal 8

- (1) Setiap masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan orang terlantar mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan FKTP, FKRTL, dan Pelayanan Kesehatan darurat.
- (2) Apabila FKRTL yang dituju sesuai SJP dari Dinas Kesehatan Kota Depok tidak mampu melayani masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan orang terlantar dikarenakan Fasilitas Kesehatan yang terbatas, maka pasien dapat dirujuk ke FKRTL dengan fasilitas yang lebih memadai setelah keadaan gawat daruratnya ditangani.
- (3) Besarnya bantuan dibayarkan sesuai dengan besaran klaim yang diajukan FKRTL sesuai dengan tarif yang disepakati.
- (4) Manfaat jaminan yang diberikan kepada masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan orang terlantar dalam bentuk layanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (konprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
- (5) Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dan mapping wilayah.
- (6) Pelayanan kesehatan dasar diberikan oleh Puskesmas.

- (7) Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh sarana kesehatan di Kota Depok wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada penerima pelayanan kesehatan walaupun tidak sebagai Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Depok sebagai bagian dari fungsi sosial rumah sakit. Setelah kegawatdaruratannya selesai ditangani, selanjutnya fasilitas kesehatan tersebut segera merujuk ke Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Depok.
- (8) Pemberian pelayanan kesehatan oleh FKRTL harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.
- (9) Program Pembiayaan Non Kuota PBI dan Orang Terlantar dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan penanganan KIPI di Fasilitas Kesehatan.

BAB V

PROSEDUR PELAYANAN

Pasal 9

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. pelayanan kesehatan dasar:
 1. pelayanan kesehatan dasar dilakukan di Puskesmas;
 2. bila menurut indikasi medis masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan orang terlantar memerlukan pelayanan pada tingkat lanjut maka dirujuk ke FKRTL;
 3. pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin non kuota PBI Jaminan Kesehatan dan orang terlantar di Puskesmas tidak dipungut biaya dan/atau tarif Pelayanan Kesehatan Puskesmas.

- b. pelayanan tingkat lanjut, meliputi :
 - 1. pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit dan/atau klinik khusus;
 - 2. Pelayanan rawat inap bagi peserta diberikan di kelas III (tiga) atau ruang khusus di Rumah Sakit;
 - 3. pelayanan obat-obatan dan alat/bahan habis pakai;
 - 4. pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- c. rujukan pasien antar FKRTL yang berada di dalam dan di luar Kota Depok dilengkapi surat rujukan dari FKRTL asal pasien mendapat pelayanan kesehatan dan/atau dirawat dengan membawa surat rujukan;
- d. dalam keadaan gawat darurat wajib ditangani langsung tanpa diperlukan surat rujukan;
- e. apabila setelah penanganan kegawatdaruratannya pasien belum melengkapi persyaratan administrasi, maka pasien dan/atau keluarga yang bersangkutan diberikan waktu 3x24 jam hari kerja untuk melengkapi;
- f. pada kasus gawat darurat maka SJP dari Dinas Kesehatan dapat diurus dalam waktu 3x24 jam hari kerja;
- g. untuk efisiensi pelayanan, pemberian obat wajib menggunakan standar formularium nasional;
- h. pilihan penggunaan AMHP mempertimbangkan efisiensi, efektifitas, dan harga yang ekonomis tanpa mengorbankan mutu;
- i. pelayanan darah dapat diklaimkan terpisah;
- j. pelayanan Kesehatan di FKRTL dilakukan secara terpadu;
- k. dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa yang tepat;
- l. dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (*Resume Medic*);
- m. FKRTL melakukan pelayanan dengan efisiensi dan efektif;
- n. biaya pelayanan Ambulans bagi pasien antar fasilitas Kesehatan dapat diklaim terpisah, dengan standar tarif sesuai ketentuan peraturan yang berlaku.

BAB VI
MANFAAT
Pasal 10

- (1) Manfaat yang disediakan bagi pasien bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.
- (2) Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi:
 - a. Pelayanan kesehatan dasar, antara lain:
 1. Rawat Jalan pada Puskesmas, terdiri dari:
 - a) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - b) laboratorium sederhana (darah, urine, dan feces rutin);
 - c) tindakan medis kecil;
 - d) pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal;
 - e) pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita;
 - f) pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat Kontrasepsi disediakan Dinas Perlindungan Anak, Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga); dan
 - g) pemberian obat.
 2. Rawat Inap di Puskesmas terdiri dari Pelayanan:
 - a) akomodasi rawat inap;
 - b) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - c) laboratorium sederhana (darah rutin, kadar gula darah, urine rutin, dan feces rutin);
 - d) pemberian obat;
 - e) persalinan normal dan dengan penyulit sesuai dengan Kompetensi Pelayanan Obstetri Neonatal Dasar (PONED);
 - f) pelayanan gawat darurat (*Emergency*) sesuai dengan kriteria diagnose gawat darurat.

- b. Pelayanan Kesehatan di FKRTL, antara lain:
1. Rawat jalan di FKRTL terdiri dari:
 - a) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter umum/spesialis;
 - b) rehabilitasi medis;
 - c) penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi, dan elektromedik;
 - d) tindakan medis;
 - e) pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 - f) pelayanan KB termasuk kontrasepsi mantap (Kontap) efektif, kontap pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasi;
 - g) pemberian obat mengacu pada formularium Nasional;
 - h) pelayanan darah; dan
 - i) pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit.
 2. Rawat Inap di FKRTL terdiri dari:
 - a) akomodasi rawat inap pada kelas III atau ruang khusus;
 - b) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - c) penunjang diagnostik: patologi klinik, patologi anatomi, laboratorium mikro patologi, patologi radiologi dan elektromedik
 - d) tindakan medis;
 - e) operasi sedang, besar, dan khusus;
 - f) pelayanan rehabilitasi medis;
 - g) perawatan intensif (ICU, HCU, ICCU, PICU, NICU);
 - h) pemberian obat mengacu pada formularium nasional;
 - i) pelayanan darah;
 - j) bahan dan alat kesehatan habis pakai;

- k) persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK); dan
 - l) pelayanan gawat darurat (*emergency*), kriteria diagnose gawat darurat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
3. pelayanan gawat darurat (*emergency*) sesuai dengan kriteria diagnose gawat darurat.
4. pelayanan penanganan KIPI.
- c. pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung dalam pelayanan kesehatan ini meliputi:
- 1. pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
 - 2. pelayanan kesehatan dalam penanganan tindakan percobaan bunuh diri;
 - 3. aborsi bukan karena indikasi medis;
 - 4. penyakit atau cedera yang berkaitan dengan olahraga berbahaya;
 - 5. kecelakaan lalu lintas yang ditanggung asuransi;
 - 6. penyakit karena NAPZA;
 - 7. penyakit menular seksual;
 - 8. penyakit yang terjadi karena penyimpangan perilaku;
 - 9. pelayanan kesehatan yang bersifat kosmetik;
 - 10. general check up;
 - 11. prothesis gigi tiruan;
 - 12. sirkumsisi tanpa indikasi medis;
 - 13. pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
 - 14. rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
 - 15. pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;
 - 16. pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial;

17. visume et repertum;
 18. pengurusan jenazah;
 19. kaca mata;
 20. alat bantu dengar;
 21. alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, korset, kaki palsu dan tangan palsu);
 22. segala jenis vitamin dan obat yang masuk kategori suplemen;
 23. obat-obatan di luar obat standard dan obat pendamping;
 24. biaya-biaya yang tidak terkait kondisi medis; dan
 25. biaya transportasi dan komunikasi.
- d. pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung secara penuh dalam Pelayanan Kesehatan ini adalah:
1. penyakit bawaan;
 2. penyakit infeksi menular AIDS;
 3. kanker;
 4. haemodialisa kronik;
 5. perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU); dan
 6. perawatan intermediate (HCU, IW).
- e. batasan tertinggi pembiayaan untuk pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak melebihi sebesar Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta)/jiwa/tahun.

BAB VII

KEWAJIBAN

Pasal 11

- (1) Masyarakat miskin penerima Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan keluarganya wajib berhenti merokok.

- (2) Jika peserta miskin penerima Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan diketahui merokok, maka:
 - a. diberikan surat peringatan dan menandatangani surat pernyataan untuk tidak merokok;
 - b. dilakukan pembinaan selama 3 (tiga) bulan; dan
 - c. Jika setelah masa pembinaan sebagaimana dimaksud pada huruf b, yang bersangkutan masih merokok maka pembiayaan Jaminan Kesehatan untuk dirinya dan keluarganya dihentikan.

BAB VIII

PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

Pasal 12

- (1) Jaringan Fasilitas Kesehatan dalam Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan bantuan sosial tidak terencana bagi orang terlantar adalah Fasilitas Kesehatan yang telah bekerja sama dengan Pemerintah Kota Depok.
- (2) Jaringan Fasilitas Kesehatan membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Pemerintah Kota melalui Dinas Kesehatan meliputi berbagai aspek pengaturannya dan diperbaharui setiap tahunnya apabila Fasilitas Kesehatan tersebut masih berkeinginan menjadi Fasilitas Kesehatan yang melayani Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan bantuan sosial tidak terencana bagi orang terlantar.
- (3) Sarana kesehatan baru yang berkeinginan bekerjasama dalam program ini, mengajukan permohonan tertulis kepada Dinas Kesehatan disertai dokumen lengkap terdiri dari:
 - a. profil sarana kesehatan;
 - b. perizinan sarana kesehatan pemohon (izin tetap atau izin operasional sementara);

- c. penetapan kelas Fasilitas Kesehatan;
 - d. pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan bantuan sosial tidak terencana bagi orang terlantar sebagaimana diatur dalam petunjuk teknik program ini, ditandatangani diatas materai oleh Direktur Fasilitas Kesehatan.
- (4) Berdasarkan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka Dinas Kesehatan memberikan penilaian terhadap Fasilitas Kesehatan pemohon, apabila telah memenuhi persyaratan diatas, maka dilakukan Perjanjian Kerjasama antara Fasilitas Kesehatan dengan Pemerintah Kota Depok.

BAB IX

PENDANAAN

Pasal 13

- (1) Pendanaan atas Pembiayaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di luar Kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Bantuan Sosial Tidak Terencana Bagi Orang Terlantar bersumber dari APBD.
- (2) Dana pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI JKN dan Orang terlantar meliputi seluruh pelayanan kesehatan di:
 - a. Puskesmas untuk pelayanan kesehatan dasar yang sifatnya pelayanan perorangan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif); dan
 - b. FKRTL (RS pemerintahan/swasta termasuk RS khusus, TNI/POLRI) untuk pelayanan kesehatan rujukan.

- (3) Pembayaran atas klaim dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. pembayaran masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan untuk Puskesmas/FKRTL disalurkan melalui rekening Dinas Kesehatan ke rekening Puskesmas/FKRTL melalui Bank dan pembayaran klaim orang terlantar disalurkan melalui rekening BKD ke rekening Puskesmas/FKRTL melalui Bank;
 - b. apabila terjadi kekurangan dana luncturan pelayanan kesehatan pada akhir tahun anggaran, akan diperhitungkan dan dibayarkan pada tahun selanjutnya;
 - c. bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI JKN dan Orang terlantar yang telah mendapat SJP dari Dinas Kesehatan, setelah memperoleh pelayanan dari FKRTL ternyata didiagnosa terindikasi HIV/AIDS, maka tetap dapat dibayarkan.

BAB X

VERIFIKASI

Pasal 14

- (1) Verifikasi merupakan kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan.
- (2) Verifikasi di Fasilitas Kesehatan dilaksanakan oleh verifikator Dinas Kesehatan.
- (3) Verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), atas pelayanan kesehatan di FKRTL meliputi:
 - a. verifikasi administrasi kepesertaan meliputi kartu peserta, identitas peserta (KTP dan/atau KK), surat rujukan; dan
 - b. administrasi pelayanan meliputi Surat Jaminan Pelayanan, jenis pelayanan dan obat-obatan yang diberikan, resume medis dan kuitansi.

- (4) Proses verifikasi meliputi:
 - a. pemeriksaan kebenaran dokumen identitas oleh Dinas Kesehatan;
 - b. pemeriksaan surat rujukan dan penerbitan SJP;
 - c. memastikan dikeluarkannya rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas dari FKRTL;
 - d. pemeriksaan kebenaran penulisan diagnosa dan prosedur; dan
 - e. pemeriksaan kebenaran besaran tarif sesuai diagnosa dan prosedur.
- (5) Tenaga pelaksana verifikasi merupakan tenaga yang memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan administrasi klaim meliputi aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan, keuangan dan mampu melaksanakan tugasnya secara profesional.

BAB XI

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 15

Pemantauan dan evaluasi diarahkan agar pelaksanaan Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pemantauan merupakan bagian program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan. Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulanan, semester maupun tahunan, melalui :

- a. pertemuan dan koordinasi;
- b. pengelolaan pelaporan program (pengolahan dan analisis);
- c. kunjungan lapangan dan supervisi; dan
- d. penelitian langsung (survey/kajian).

BAB XII

PELAPORAN

Pasal 16

- (1) Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan secara rutin setiap bulan.
- (2) Puskesmas dan FKRTL wajib mengirimkan laporan Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan setiap tanggal 5 (lima) bulan berjalan ke Dinas Kesehatan.

BAB XIII

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 17

- (1) Kepala Dinas Kesehatan dapat melakukan diskresi dalam hal dalam keadaan darurat, keadaan mendesak, dan/atau terjadi bencana alam.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan yang menggunakan Diskresi harus memenuhi syarat:
 - a. bertujuan melancarkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam keadaan tertentu yang mendukung program pemerintah;
 - b. tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. sesuai dengan Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik;
 - d. berdasarkan alasan-alasan yang objektif;
 - e. tidak menimbulkan Konflik Kepentingan; dan
 - f. dilakukan dengan iktikad baik.
- (3) Kepala Dinas dalam menggunakan Diskresi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menguraikan maksud, tujuan, substansi, dan dampak yang ditimbulkan.

- (4) Kepala Dinas wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah setelah penggunaan Diskresi.
- (5) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan paling lama 5 (lima) hari kerja terhitung sejak penggunaan Diskresi.

BAB XIV

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 18

Pelayanan kesehatan bagi Penerima Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota PBI Jaminan Kesehatan dan Bantuan Sosial Bagi Orang Terlantar yang telah diterbitkan SJP dari Dinas Kesehatan terhitung mulai Tahun 2017 dapat dibayarkan sesuai dengan Peraturan Wali Kota ini.

BAB XV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Depok Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pembiayaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Luar Kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Dan Bantuan Sosial Tidak Terencana Bagi Orang Terlantar (Berita Daerah Kota Depok Tahun 2016 Nomor 4), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 20

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Depok
pada tanggal 3 Januari 2017

WALI KOTA DEPOK,

TTD

K.H. MOHAMMAD IDRIS

Diundangkan di Depok
pada tanggal 3 Januari 2017

SEKERTARIS DAERAH KOTA DEPOK,

TTD

H. HARRY PRIHANTO

BERITA DAERAH KOTA DEPOK TAHUN 2017 NOMOR 2

