

**BERITA DAERAH
KOTA BEKASI**



NOMOR : 17

2013

SERI : E

**PERATURAN WALIKOTA BEKASI
NOMOR 17 TAHUN 2013**

TENTANG

**PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN WALIKOTA BEKASI NOMOR 51.A
TAHUN 2011 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN DI LUAR JAMKESMAS DI KOTA BEKASI**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BEKASI,

Menimbang : bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu, maka Peraturan Walikota 51.A Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Luar Jamkesmas di Kota Bekasi sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Nomor 34 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Walikota Bekasi Nomor 51.A Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Luar Jamkesmas di Kota Bekasi perlu untuk diubah kedua kalinya yang perubahannya ditetapkan dengan Peraturan Walikota.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1996 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Bekasi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3663);

2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. 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);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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 4578);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 32 Tahun 2011 tentang Pedoman Pemberian Hibah dan Bantuan Sosial yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 39 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 32 Tahun 2011 tentang Pedoman Pemberian Hibah dan Bantuan Sosial yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/MENKES/PER/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Tahun Anggaran 2011;
11. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 04 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 4 Seri A);
12. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 06 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Kependudukan di Kota Bekasi (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 6 Seri E);
13. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 13 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Publik di Kota Bekasi (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 13 Seri E);
14. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 03 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Wajib dan Pilihan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 3 Seri E);
15. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 06 Tahun 2008 tentang Dinas Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 6 Seri D) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 06 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 06 Tahun 2008 tentang Dinas Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 6 Seri D).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN WALIKOTA BEKASI NOMOR 51.A TAHUN 2011 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI LUAR JAMKESMAS DI KOTA BEKASI.**

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Walikota Bekasi Nomor 51.A Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Luar Jamkesmas di Kota Bekasi (Berita Daerah Tahun 2011 Nomor 51.A Seri E) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Nomor 34 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Walikota Bekasi Nomor 51.A Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Luar Jamkesmas di Kota Bekasi (Berita Daerah Tahun 2012 Nomor 34 Seri E) diubah sebagai berikut :

1. Ketentuan Bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1 angka 7, angka 8, angka 11, angka 14 diubah dan angka 13 dihapus, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 1

7. Rumah Sakit Pemerintah adalah Rumah Sakit yang dikelola Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat pemberi pelayanan kesehatan.
 8. Rumah Sakit Swasta adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh Pihak Swasta pemberi pelayanan kesehatan.
 11. Kartu Sehat yang selanjutnya disingkat KS adalah bukti kepesertaan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jamkesmas yang sudah memenuhi kriteria tertentu, untuk memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditentukan.
 13. Dihapus.
 14. Peserta Jamkesda adalah mereka yang memiliki Kartu Sehat yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan Bayi baru lahir dari peserta sampai usia bayi satu tahun.
2. Ketentuan Pasal 2 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 2

Maksud dan tujuan ditetapkan Peraturan Walikota ini adalah :

- a. sebagai pedoman bagi Satuan Pelaksana, Tim Pengendali, Rumah Sakit Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), dan pihak-pihak terkait dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jamkesmas.

- b. meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu terhadap pemberi pelayanan kesehatan.
- c. memberikan fasilitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu sesuai ketentuan yang berlaku.
- d. memfasilitasi pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Pemberi Pelayanan Kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

3. Ketentuan Pasal 3 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 3

- (1) Sasaran dari program Jamkesda Kota Bekasi adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di Kota Bekasi di luar peserta Jamkesmas yang sudah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan memiliki Kartu Sehat.
- (2) Dalam pengendalian sasaran program Jamkesda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kartu Sehat berlaku sampai ditetapkan lagi database yang baru oleh Pemerintah Daerah.

4. Ketentuan Pasal 4 ayat (2) dan ayat (3) diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 4

- (1) Sumber dana program Jamkesda berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Bekasi, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Barat dan dana lain yang sah dan tidak mengikat.
- (2) Dana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk :
 - a. biaya pengobatan dan perawatan kelas III di Rumah Sakit yang telah ditentukan bagi pemegang Kartu Sehat disertai dengan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan;
 - b. jenis pelayanan kesehatan, prosedur, persyaratan pelayanan, pembiayaan, serta tata cara pembayaran dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda sebagaimana tercantum dalam Pedoman pelaksanaan Jaminan Pelayanan Kesehatan perubahan peraturan ini;
- (3) Pembayaran klaim diakhir tahun dan/atau dana anggaran tahun berjalan tidak mencukupi, maka akan dibayarkan pada tahun anggaran berikutnya.

5. Ketentuan Pasal 5 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 5

- (1) Besarnya tarif pelayanan menggunakan tarif INA CBG's disesuaikan dengan tipe Rumah Sakit pemberi pelayanan.
- (2) Khusus di Kota Bekasi Rumah Sakit tipe C dan D disesuaikan dengan tarif Rumah Sakit tipe B.
- (3) Pembayaran sesuai dengan tarif Rumah Sakit kelas III diperuntukkan bagi kasus-kasus yang tak terduga/insidental.

6. Ketentuan Bab V Penyelenggaraan Pasal 6 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 6

- (1) Penyelenggaraan dan pelaksanaan monitoring serta evaluasi atas pelaksanaan program Jamkesda dilaksanakan oleh Satuan Pelaksanaan dan Tim Pengendali Jamkesda ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Pemberi Pelayanan Kesehatan menyediakan fasilitas pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) kelas III dan menyediakan ruang Perawatan Intensif, Tindakan Operasi dan " One Day Care " (ODC), sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku.
- (3) Dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (2) Rumah Sakit pemberi pelayanan mengadakan kerjasama sebagai dasar untuk mengklaim jasa pelayanan yang telah diberikan.
- (4) Kerjasama Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (3), dituangkan dalam bentuk Perjanjian Kerjasama antara Walikota dan Direktur Rumah Sakit yang selanjutnya ditindaklanjuti oleh Dinas Kesehatan sebagai pengelola program Jamkesda.
- (5) Khusus untuk pelayanan pada Rumah Sakit Jiwa dapat diberikan jaminan dalam beberapa termijn sesuai paket INA CBG's-nya.
- (6) Jaminan sebagaimana dimaksud ayat (5) dikeluarkan berdasarkan permintaan atau permohonan dari Rumah Sakit Jiwa ke Dinas Kesehatan.

(7) Secara umum pengelolaan Jamkesda Kota Bekasi mengacu kepada Permenkes Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

7. Ketentuan Lampiran diubah sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan.

Pasal 10

Perubahan Peraturan Walikota ini berlaku efektif paling lambat tanggal 1 Juni 2013.

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

Ditetapkan di Bekasi
pada tanggal 6 Mei 2013

WALIKOTA BEKASI,

Ttd/Cap

RAHMAT EFFENDI

Diundangkan di Bekasi
pada tanggal 6 Mei 2013

SEKRETARIS DAERAH KOTA BEKASI,

Ttd/Cap

RAYENDRA SUKARMADJI

BERITA DAERAH KOTA BEKASI TAHUN 2013 NOMOR 17 SERI E

LAMPIRAN : PERATURAN WALIKOTA BEKASI
Nomor : 17 TAHUN 2013
Tanggal : 6 Mei 2013

PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU DI LUAR JAMKESMAS DI KOTA BEKASI

I. PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan setiap warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan bukti yang kuat bahwa Pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya.

Sebagaimana **Visi dan Misi** Kota Bekasi yaitu **Bekasi Maju, Sejahtera dan Ikhsan** juga merupakan keinginan kita semua. Pendidikan dan Kesehatan adalah hak asasi manusia secara universal dan di jamin oleh Undang-Undang.

Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat Kota Bekasi semakin meningkat, terutama setelah diberlakukan kebijakan pelayanan kesehatan dasar gratis di Puskesmas. Kebutuhan Pelayanan Kesehatan tentunya tidak cukup sampai pelayanan kesehatan dasar, namun di perlukan juga pelayanan tingkat lanjutan/spesialistik, baik rawat jalan maupun rawat inap.

Pembiayaan pelayanan kesehatan cukup mahal dan bervariasi sehingga tidak terjangkau secara ekonomi terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: **40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat**, dijelaskan bahwa biaya Pelayanan Kesehatan masyarakat Miskin diluar peserta Jamkesmas menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah yang dikembangkan menjadi Jaminan Kesehatan di Daerah (JAMKESDA).

Jumlah masyarakat miskin yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Kota Bekasi dan mempunyai Hak mendapatkan pelayanan Kesehatan dari Pemerintah Daerah sampai saat ini adalah **150.000 Jiwa** dimana jumlah tersebut dapat berubah sewaktu-waktu setelah dilakukan validasi.

II. TUJUAN

1. TUJUAN UMUM

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit.

2. TUJUAN KHUSUS

- a. Terlayannya masyarakat miskin dan tidak mampu di tingkat lanjutan (Rumah Sakit).
- b. Terpenuhinya mutu pelayanan kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

III. PELAYANAN KESEHATAN YANG DIBERIKAN

- a. Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya.
- b. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) diberikan di Rumah Sakit.

- c. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang mulai dari Puskesmas, Rumah Sakit Rujukan dan Rumah Sakit Lanjutan diutamakan Rumah Sakit terdekat dengan memperhatikan kapasitas rawat inap kelas III yang ada masing-masing Rumah Sakit Rujukan.
- d. Rumah Sakit rujukan berkewajiban memberikan laporan kapasitas Rawat Inap kelas III yang kosong dan pasien kelas III yang telah terlayani ke Dinas Kesehatan.
- e. Rujukan didasarkan atas indikasi medik yang ditetapkan oleh dokter pemeriksa di Puskesmas.
- f. Rujukan didasarkan atas indikasi medik atau non medik yang ditetapkan oleh Rumah Sakit.

Pelayanan Kesehatan yang tidak ditanggung meliputi :

- 1. Tidak sesuai dengan prosedur pelayanan;
- 2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas yang tidak mempunyai ikatan kerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi;
- 3. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik;
- 4. Seluruh rangkaian pemeriksaan dan pelayanan yang bertujuan ingin memiliki anak;
- 5. Pelayanan kesehatan yang tidak berdasarkan indikasi medis;
- 6. Kejadian sakit atau penyakit akibat *force majeure* seperti gempa bumi, banjir, tanah longsor, dll;
- 7. Pembersihan dan usaha meratakan gigi;
- 8. *Toiletries*, susu, obat gosok dan lain-lain;
- 9. *General Check Up*;
- 10. Pengobatan alternatif;
- 11. Ketergantungan obat, alkohol, dll;
- 12. Berbagai penyakit atau kelemahan akibat usaha bunuh diri;
- 13. *Sirkumsisi* (sunat) bukan karena indikasi medis;
- 14. Imunisasi, di luar imunisasi dasar dan imunisasi ibu hamil;
- 15. Cacat bawaan sejak lahir;

16. Alat bantu kesehatan (kursi roda, tongkat penyangga, korset, Kacamata, *Hearing Aid*, Prothesa gigi dan alat gerak);
17. Biaya ambulans dan transportasi, kecuali di Rumah Sakit PPK ke Rumah Sakit PPK lainnya karena alasan rujukan medik dengan besaran biaya sesuai tarif yang berlaku;
18. Biaya foto copy;
19. Biaya telekomunikasi;
20. Biaya pembuatan kartu berobat dan biaya administrasi di PPK;
21. Pengguguran kandungan tanpa indikasi medik (permintaan sendiri);
22. Korban Tindak Kejahatan.
23. Pelayanan kesehatan lainnya yang merupakan jaminan dari badan penyelenggaraan lain seperti kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas, dll;

IV. MEKANISME PELAYANAN

a. Kepesertaan

- a) Peserta adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jamkesmas yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan memiliki Kartu Sehat.
- b) KS hanya berlaku bagi peserta/pemegang kartu dan tidak berlaku bagi yang lain dan tidak boleh dipindahtangankan.
- c) Apabila peserta yang memiliki KS pindah keluar daerah atau meninggal dunia , maka secara otomatis KS tidak berlaku.
- d) KS berlaku pada rumah sakit yang telah mempunyai ikatan kerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi.

b. Prosedur Pelayanan

- a) pelayanan dasar
dilaksanakan di Puskesmas dan jaringannya.

b) pelayanan kesehatan rujukan dan rujukan lanjutan :

- 1) apabila pasien tidak dapat ditangani di Puskesmas dan dianggap perlu untuk dirujuk ke rumah sakit, maka Puskesmas harus membuat surat rujukan ke rumah sakit terdekat;
- 2) bagi pasien rawat jalan di tingkat rujukan (Rumah Sakit) wajib dilengkapi dengan Surat Jaminan pelayanan (SJP) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan;
- 3) dalam hal kegawatdaruratan, pasien bisa langsung berobat ke rumah sakit dan tidak perlu surat rujukan. Apabila rumah sakit tersebut bukan jaringan pelayanan Jamkesda, tetap wajib memberikan pertolongan pertama sebagai bagian dari kewajiban yang tertuang dalam Perda Nomor 05 Tahun 2013 tentang Pedoman Pendirian dan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Swasta, untuk selanjutnya dirujuk ke rumah sakit yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi;
- 4) bagi pasien dengan masalah tertentu dan bersifat insidentil yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit baik yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Bekasi ataupun yang belum bekerja sama seluruh biaya penanganannya dapat diklaim sesuai dengan tarif kelas III yang berlaku di Rumah Sakit;**
- 5) pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit di luar Kota Bekasi atas dasar pertimbangan medik, harus dilengkapi dengan rujukan dari RSUD atau RS Swasta yang ada di Kota Bekasi;
- 6) Rumah Sakit memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan diagnosa penyakit yang disesuaikan dengan tarif paket INA CBG's;**

- 7) apabila pasien perlu dirawat inap, rumah sakit menyediakan kamar rawat inap kelas III, dan pasien tidak boleh pindah kelas atas keinginannya sendiri;
- 8) semua persyaratan untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan harus dilengkapi pada saat masuk rumah sakit kecuali dalam keadaan gawat darurat cukup dengan menunjukkan kartu kepesertaan, dan kelengkapan persyaratan lain wajib diserahkan paling lambat sebelum pasien keluar dari rumah sakit;
- 9) Dalam keadaan pasien gawat darurat yang dirujuk tidak mendapatkan tempat layanan maka Rumah Sakit tersebut harus tetap memberikan pelayanan kegawat daruratan sampai pasien tersebut mendapatkan tempat di Rumah Sakit Rujukan selanjutnya.
- 10) Rumah Sakit pengirim rujukan sebelumnya harus menghubungi Rumah Sakit penerima rujukan memastikan ketersediaan tempat tidur kosong atau jenis pelayanan yang diperlukan. Dengan menggunakan Ambulance dan perawat pendamping.
- 11) Rumah Sakit penerima rujukan, wajib memberikan jawaban atas pelayanan rujukan (rujukan balik) ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merujuk disertai keterangan kondisi pasien dan tindak lanjut yang harus dilakukan.**

c. Persyaratan kelengkapan Jaminan Pelayanan

- a) fotokopi KS;
- b) fotokopi KTP dan KK;
- c) surat rujukan dari Puskesmas;
- d) surat rujukan dari RS yang merujuk apabila diperlukan rujukan lanjutan;

- e) surat bukti rawat inap;
- f) Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan;
- g) surat Keterangan/tindakan dari dokter jaga IGD bagi pasien dengan kasus kegawatdaruratan.

d. Pembiayaan

1. Biaya pelayanan kesehatan peserta yang memiliki KS yang dilayani di Rumah Sakit Pemerintah maupun Swasta yang bekerjasama, ditanggung sepenuhnya oleh Pemerintah Daerah Kota Bekasi, dengan pelayanan kelas III dan menggunakan tarif INA CBG's.
2. Biaya pelayanan kesehatan dengan masalah tertentu dan bersifat insidentil yang dilakukan oleh Rumah Sakit Pemerintah maupun Swasta baik yang bekerjasama ataupun yang belum bekerja sama pembayaran diberikan sesuai dengan tarif kelas III di Rumah Sakit yang bersangkutan.

V. PERPANJANGAN KARTU SEHAT

Perpanjangan masa berlaku Kartu Sehat dilakukan oleh Dinas Sosial berdasarkan ketentuan yang berlaku.

VI. PENGORGANISASIAN

- a. penetapan Tim Satuan Pelaksana dan Tim Pengendali Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jamkesmas di Kota Bekasi ditetapkan dengan keputusan walikota.
- b. penetapan Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan yang diikat melalui Perjanjian Kerja Sama dengan Walikota.
- c. penetapan Tim Verifikasi Independen yang diikat melalui Perjanjian Kerja Sama dengan Kepala Dinas Kesehatan.

VII. TATA CARA PENGAJUAN KLAIM DAN PEMBAYARAN

Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang telah mempunyai ikatan kerja sama dengan Pemerintah Kota Bekasi, dibayarkan sesuai dengan ketersediaan dana dan cara pengelolaan keuangan daerah dengan sumber dana yang berasal dari anggaran pemerintah Kota Bekasi (APBD II), Pemerintah Provinsi (APBD I) dan sumber dana lainnya yang tersedia pada program Jamkesda dengan cara mengajukan klaim ke Dinas Kesehatan setelah memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Membuat surat permohonan klaim yang ditandatangani oleh Direktur/yang diberi kewenangan oleh Direktur yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan sebagai Pengguna Anggaran, dengan melampirkan :
 - a) fotokopi Kartu kepesertaan (KS);
 - b) resume medik;
 - c) fotokopi Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas;
 - d) grouping INA CBG's
 - e) rincian biaya :
 - e.1) sesuai dengan tarif INA-CBG's
 - e.1.1 untuk RS Type D dan C yang ada di Kota Bekasi disesuaikan dengan tarif kelas III Rumah Sakit type B yang mengacu pada Pedoman Pelaksanaan jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2013.
 - e.1.2. untuk RS yang berada di luar Kota Bekasi dikenakan tarif kelas III sesuai dengan tipe Rumah Sakit yang bersangkutan.
 - e.2) Tarif kelas III di Rumah Sakit yang bersangkutan berlaku bagi tarif pelayanan kesehatan untuk penanganan masalah tertentu dan bersifat insidental.

2. Semua berkas yang diajukan oleh pihak RS dilakukan verifikasi oleh Tim Verifikator selanjutnya dibuatkan Berita Acara Hasil Verifikasi yang di tanda tangani oleh Verifikator dan diketahui/disetujui oleh Ketua Satuan Pelaksana kemudian diserahkan ke Pelaksana administrasi.
3. Tagihan/klaim yang sudah memenuhi syarat/layak bayar, oleh pelaksana administrasi diproses berdasarkan hasil verifikasi dan dilengkapi persyaratan pembayaran kemudian diusulkan ke bendahara Dinas Kesehatan untuk dilakukan pembayaran melalui transfer ke rekening Rumah Sakit yang bersangkutan.
4. Pengajuan tagihan/klaim dari Rumah Sakit ke Satuan Pelaksana Jamkesda dilakukan satu bulan setelah selesai memberikan pelayanan kesehatan.
5. Khusus klaim pembayaran pelayanan kesehatan untuk masalah tertentu dan bersifat insidentil dapat langsung ditagihkan setelah dilakukan verifikasi oleh pihak Rumah Sakit dan diketahui oleh direktur Rumah Sakit.

VII. MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring pelaksanaan Jamkesda dilaksanakan oleh Seksi Monitoring Pelayanan dan Pengaduan dengan beberapa cara, diantaranya :

- a. pertemuan dengan semua Rumah Sakit.
- b. laporan bulanan kegiatan Jamkesda yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit.**
- c. Monitoring Pelayanan dan Pengaduan dari Masyarakat dan Rumah Sakit dilakukan secara periodic oleh Seksi Pelayanan dan Pengaduan.

- d. Ruang lingkup Monitoring meliputi :
- d.1) pelaksanaan Pelayanan Kesehatan oleh Rumah Sakit yang mencakup jumlah kasus, rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
 - d.2) pelaksanaan penyaluran dana ke Rumah Sakit, verifikasi klaim tagihan serta laporan pertanggungjawaban keuangan Bendahara.

Evaluasi pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jamkesmas di Kota Bekasi dilaksanakan oleh satuan pelaksana dengan dikoordinasi kepada Ketua Satlak yang dilakukan tiap enam bulan. Hasil evaluasi menjadi bahan laporan Pertanggungjawaban Satuan Pelaksana kemudian laporan tersebut oleh ketua Satlak dilaporkan kepada Tim Pengendali sebagai bahan evaluasi dalam pelaksanaan program Jamkesda.

Dalam menyusun evaluasi, harus dicantumkan solusi pemecahan masalah apabila ada permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jamkesmas di Kota Bekasi.

IX. PELAPORAN

Pelaporan dilaksanakan oleh semua unit yang ada dalam struktur Satuan Pelaksana. Laporan dibuat dalam bentuk laporan triwulan dan tahunan. Semua laporan dari masing-masing unit dihimpun dan dibuat Rekapitulasi oleh Sekretaris untuk dijadikan sebagai bahan laporan Ketua Satuan Pelaksana.

Ketua Satuan Pelaksana untuk selanjutnya melaporkan hasil kegiatan kepada Tim Pengendali untuk dijadikan bahan laporan kepada Walikota.

WALIKOTA BEKASI,

Ttd/Cap

RAHMAT EFFENDI

Diundangkan di Bekasi
pada tanggal 6 Mei 2013

SEKRETARIS DAERAH KOTA BEKASI,

Ttd/Cap

RAYENDRA SUKARMADJI

BERITA DAERAH KOTA BEKASI TAHUN 2013 NOMOR 17 SERI E