



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

NOMOR 19 TAHUN 2011

TENTANG

SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan taraf hidup menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur;
- b. bahwa Gubernur dan Bupati/Walikota se-Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta telah menandatangani Kesepakatan Bersama mengenai Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Semesta pada tanggal 29 September 2010, dalam rangka sinkronisasi, koordinasi dan sinergi guna menuju integrasi program jaminan kesehatan semesta bagi masyarakat di Daerah Istimewa Yogyakarta;
- c. bahwa dalam rangka menuju terintegrasinya penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan semesta di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta perlu adanya penyamaan persepsi mengenai kepesertaan, paket layanan, serta sistem dan prosedur pelayanan yang diatur dengan Peraturan Gubernur;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967);

3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
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. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10 dan 11 Tahun 1950 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/MENKES/SK/X/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
9. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 7 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2007 Nomor 7);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

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

3. Peserta Jamkesta yang selanjutnya disebut Peserta adalah perorangan yang terdaftar sebagai penerima bantuan iuran dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dan/atau masyarakat yang telah membayar iuran kepada pengelola Jamkesta.
4. Peserta Jaminan Kesehatan Sosial yang selanjutnya disingkat Peserta Jamkesos adalah keluarga tidak mampu yang tidak dijamin dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau asuransi lain yang diusulkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dengan Keputusan Bupati/Walikota.
5. Peserta Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang selanjutnya disingkat Peserta Jamkesda Kabupaten/Kota adalah masyarakat yang tidak dijamin Jamkesmas, Jamkesos dan jaminan kesehatan lainnya sesuai dengan kebijakan Pemerintah Kabupaten/Kota.
6. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh pemerintah untuk peserta penerima bantuan iuran dan/atau oleh masyarakat untuk peserta mandiri kepada Penyelenggara Jamkesta.
7. Peserta Penerima Bantuan Iuran adalah masyarakat tidak mampu yang menerima bantuan iuran yang dibayar secara teratur oleh pemerintah kepada Penyelenggara Jamkesta untuk mendapatkan jaminan kesehatan.
8. Peserta Mandiri adalah masyarakat yang membayar sendiri secara teratur kepada Penyelenggara Jamkesta untuk mendapatkan jaminan kesehatan.
9. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah orang atau institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesta berdasarkan suatu perjanjian kerjasama.
10. Puskesmas dan jaringannya serta Dokter Keluarga adalah pemberi pelayanan kesehatan dasar.
11. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Rumah Sakit Swasta sekelasnya adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan spesialis atas rujukan Puskesmas dan jaringannya serta Dokter Keluarga.
12. Rumah sakit rujukan tingkat III adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan spesialis dan sub spesialis atas rujukan RSUD dan rumah sakit swasta sekelasnya.
13. Gawat Darurat Medis adalah suatu keadaan bagi pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (spesialis) yang harus diberikan secepatnya untuk mengurangi resiko kematian atau kecacatan.
14. Bantuan Iuran adalah sejumlah dana yang diperhitungkan per orang per bulan sebagai premi yang diberikan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dan dipergunakan untuk membiayai Paket manfaat Pemeliharaan Kesehatan.
15. Kapitasi adalah suatu cara pembayaran kepada PPK dengan perhitungan berdasarkan jumlah peserta per bulan yang besarnya ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan dan kekurangan atau kelebihannya merupakan tanggung jawab PPK.
16. Klaim adalah suatu cara pembayaran kepada PPK berdasarkan pelayanan yang telah diberikan kepada peserta yang dibayarkan setelah melaksanakan pelayanan.
17. Provinsi adalah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
18. Kabupaten/Kota adalah Kabupaten/Kota se-Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
19. Gubernur adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.

Pasal 2

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

Pasal 3

Tujuan diselenggarakannya Jamkesta adalah memberikan wadah dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan kepada penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan jaminan kesehatan, secara terintegrasi.

Pasal 4

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

Pasal 5

Jamkesta diselenggarakan berdasarkan pada prinsip sebagai berikut :

- a. kegotongroyongan;
- b. nirlaba;
- c. keterbukaan;
- d. kehati-hatian;
- e. akuntabilitas;
- f. efisien dan efektivitas;
- g. portabilitas;
- h. kepesertaan bersifat wajib;
- i. dana amanat dan hasil pengelolaan dana Jamkesta dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan dipergunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Pasal 6

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

BAB II

KEPESERTAAN

Pasal 7

- (1) Setiap penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta berhak mendapatkan jaminan kesehatan.
- (2) Setiap penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta yang belum memiliki jaminan kesehatan berhak menjadi peserta.
- (3) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari peserta penerima bantuan iuran dan peserta mandiri.
- (4) Peserta penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Bupati/Walikota/Gubernur sesuai dengan kewenangannya.

- (5) Anak yang lahir dari peserta penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) otomatis mendapatkan pelayanan kesehatan.
- (6) Peserta mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling kurang telah membayar iuran selama 12 (dua belas) bulan dan harus penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta yang telah menetap di Daerah Istimewa Yogyakarta minimal 6 (enam) bulan.
- (7) Besaran iuran peserta mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (8) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan Kartu Identitas Peserta yang masa berlakunya 2 (dua) tahun dan wajib melakukan registrasi setiap tahun.
- (9) Bentuk Kartu Identitas peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tercantum pada Lampiran I, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB III

PAKET MANFAAT PEMELIHARAAN KESEHATAN

Pasal 8

- (1) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan berupa paket pelayanan kesehatan.
- (2) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi penyuluhan kesehatan, imunisasi, pelayanan keluarga berencana, rawat jalan, rawat inap di kelas III rumah sakit, pemberian obat-obatan generik, pelayanan gawat darurat dan tindakan medis lainnya.
- (3) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan terdiri atas :
 - a. PPK I meliputi Puskesmas dan jaringannya serta Dokter Keluarga;
 - b. PPK II meliputi rumah sakit umum/khusus tipe C dan D sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. PPK III meliputi rumah sakit umum/khusus tipe A dan B sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Paket manfaat pemeliharaan kesehatan untuk peserta mandiri ditetapkan sesuai dengan paket pelayanan yang dipilih oleh peserta, berdasarkan besarnya iuran.
- (5) Jenis paket manfaat pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan prosedur pelayanan Jamkesta sebagaimana tercantum dalam Lampiran II, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB IV

PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 9

- (1) Pelayanan kesehatan diberikan oleh PPK yang sudah bekerjasama dengan Penyelenggara Jamkesta.
- (2) Pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan paket manfaat pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8.

- (3) Dalam keadaan darurat medis peserta Jamkesta berhak mendapat pelayanan kesehatan dari Pemberi Pelayanan Kesehatan :
- a. yang berada dalam wilayah Kabupaten/Kota di luar domisili peserta Jamkesta;
 - b. di dalam dan di luar Provinsi yang tidak menjalin kerjasama dengan Penyelenggara Jamkesta.

BAB V SISTEM RUJUKAN

Pasal 10

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

Pasal 11

- (1) Pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada PPK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) diatur lebih lanjut dengan perjanjian kerjasama antara Penyelenggara Jamkesta dengan PPK.
- (4) Pembayaran biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) diberikan dengan cara pengembalian (*reimbursement*) sesuai dengan ketentuan paket manfaat pemeliharaan kesehatan Jamkesta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8.

BAB VI

LEMBAGA PENGELOLA DANA JAMKESTA

Bagian Kesatu

Lembaga Penyelenggara Jamkesta Persiapan Integrasi

Pasal 12

- (1) Lembaga Penyelenggara Jamkesta Persiapan Integrasi terdiri atas Unit Pelaksana Teknis Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta, Unit Pelaksana Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Kabupaten Sleman; Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

- (2) Lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjalankan tugas dan fungsi pelayanan jaminan kesehatan di Provinsi, Kabupaten dan Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengelola dana jaminan kesehatan berupa bantuan iuran yang ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota masing-masing.
- (4) Pengelolaan dana Jamkesda dikoordinasikan di tingkat Provinsi oleh Balai Penyelenggara Jamkesos untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan administrasi keuangan.

Bagian Kedua

Lembaga Penyelenggara Jamkesta Terintegrasikan

Pasal 13

- (1) Lembaga Penyelenggara Jamkesta yang terintegrasi di Provinsi, akan dibentuk sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengelola dana Jamkesta yang terdiri dari iuran peserta penerima bantuan iuran dan peserta mandiri.

BAB VII

ANGGARAN JAMKESTA

Pasal 14

- (1) Besaran iuran untuk peserta penerima bantuan iuran ditetapkan sebesar Rp 7.500,00 (tujuh ribu lima ratus rupiah) per jiwa per bulan.
- (2) Besaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat ditinjau kembali dan ditetapkan dengan Keputusan Gubernur atas persetujuan Bupati/Walikota.
- (3) Besaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menjamin peserta Jamkesta.
- (4) Dalam hal peserta mandiri menginginkan pelayanan melebihi paket manfaat dasar pelayanan kesehatan wajib membayar iuran sesuai dengan jenis paket yang diinginkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3).
- (5) Besaran iuran untuk peserta penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditanggung bersama oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan kemampuan daerah Kabupaten/Kota.

Pasal 15

- (1) Penyelenggara Jamkesta melaksanakan manajemen keuangan sesuai dengan standar akuntansi.
- (2) Penyelenggara Jamkesta wajib mengkoordinasikan paket manfaat pemeliharaan kesehatan dasar dengan institusi penyelenggara jaminan atau asuransi kesehatan yang beroperasi di wilayah Provinsi.
- (3) Setiap institusi penyelenggara jaminan kesehatan wajib melaporkan kepesertaan dan utilisasi layanan pesertanya kepada Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi.

Pasal 16

Pengawasan terhadap pengelolaan keuangan Badan Penyelenggara Jamkesta dilakukan oleh pejabat fungsional pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 17

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, pada Tahun 2011 besaran iuran untuk peserta penerima bantuan iuran ditetapkan sesuai dengan anggaran di masing-masing Pengelola Jamkesta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1).

Pasal 18

Semua ketentuan sistem jaminan kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta wajib menyesuaikan dengan Peraturan Gubernur ini, paling lambat 3 (tiga) bulan sejak diundangkannya Peraturan Gubernur ini.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal 11 Mei 2011

Diundangkan di Yogyakarta
pada tanggal 11 Mei 2011

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

ttd

HAMENGKU BUWONO X

TRI HARJUN ISMAJI

BERITA DAERAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2011 NOMOR 19

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

PENJELASAN
ATAS
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 19 TAHUN 2011
TENTANG
SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA

I. UMUM

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan taraf hidup menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur.

Dalam upaya mewujudkan masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta yang sejahtera, adil dan makmur, Gubernur dan Bupati/Walikota se-Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta berkomitmen untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Semesta pada tanggal 29 September 2010, dengan maksud untuk sinkronisasi, koordinasi dan sinergi menuju integrasi antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam pengembangan dan penyelenggaraan program jaminan kesehatan guna memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat. Salah satu tindak lanjut komitmen tersebut disusunlah Peraturan Gubernur yang mengatur tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas

Pasal 2

Cukup jelas

Pasal 3

Cukup jelas

Pasal 4

Cukup jelas

Pasal 5

Yang dimaksud dengan **prinsip kegotong royongan** adalah mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat, peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotongroyongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

Yang dimaksud **prinsip nirlaba** adalah pengelolaan dana amanat dengan tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Yang dimaksud dengan **prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas** adalah dengan menerapkan prinsip-prinsip manajemen dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

Yang dimaksud dengan **prinsip portabilitas** adalah bahwa jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Yang dimaksud dengan **prinsip kepesertaan bersifat wajib** adalah dimaksudkan agar seluruh penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta dan Pemerintah Daerah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta.

Yang dimaksud dengan **prinsip dana amanat** adalah bahwa dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

Yang dimaksud dengan **prinsip dana amanat dan hasil pengelolaan dana Jamkesta** adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Pasal 6	Cukup jelas
Pasal 7	Cukup jelas
Pasal 8	Cukup jelas
Pasal 9	Cukup jelas
Pasal 10	Cukup jelas
Pasal 11	Cukup jelas
Pasal 12	Cukup jelas
Pasal 13	Cukup jelas
Pasal 14	Cukup jelas
Pasal 15	Cukup jelas
Pasal 16	Cukup jelas
Pasal 17	Cukup jelas
Pasal 18	Cukup jelas
Pasal 19	Cukup jelas

LAMPIRAN I
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 19 TAHUN 2011
TANGGAL 11 MEI 2011

BENTUK KARTU PESERTA JAMKESTA

A. Bagian Depan

JAMKESTA DIY

KARTU PESERTA

FOTO

NAMA :

N.I.K :

TEMPAT & TGL LHR :

ALAMAT :

MASA BERLAKU :

B. Bagian Belakang

KARTU INI BERLAKU

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

HAK PESERTA

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

KEWAJIBAN PESERTA

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

Tanda Tangan Peserta

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

Keterangan :

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

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

LAMPIRAN II
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 19 TAHUN 2011
TANGGAL 11 MEI 2011

JENIS PAKET MANFAAT PEMELIHARAAN KESEHATAN
DAN PROSEDUR PELAYANAN JAMKESTA

A. TINGKAT PUSKESMAS

I. PAKET MANFAAT PEMELIHARAAN KESEHATAN DASAR

- a. Upaya layanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang terdiri dari :
 - 1) konsultasi medis serta Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE);
 - 2) pemeriksaan fisik dan pengobatan umum;
 - 3) pemeriksaan dan pengobatan gigi;
 - 4) laboratorium sederhana;
 - 5) tindakan medis sederhana;
 - 6) pelayanan kesehatan ibu hamil (bumil)/nifas/menyusui, bayi dan balita;
 - 7) pelayanan dan pengobatan gawat darurat;
 - 8) persalinan normal dan dengan penyulit (PONED);
 - 9) pelayanan KB dan efek samping;
 - 10) penunjang diagnostik lain yang tersedia di Puskesmas; dan
 - 11) pemberian obat-obatan generik.
- b. Pelayanan rujukan pasien ke Rumah Sakit Strata 2.
- c. Kasus-kasus yang belum ditanggung sebagai berikut :
 - 1) pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
 - 2) *general chek up*, KIR kesehatan;
 - 3) bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
 - 4) infertilitas (upaya untuk punya anak);
 - 5) pengobatan alternatif;
 - 6) protesis gigi tiruan;
 - 7) pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam; dan
 - 8) pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.

II. SYARAT MENDAPATKAN PAKET MANFAAT PEMELIHARAAN KESEHATAN DI PUSKESMAS

- a. menunjukkan kartu identitas peserta;
- b. menyerahkan fotokopi kartu identitas peserta;
- c. menyerahkan fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) bagi peserta yang sudah berusia di atas 17 (tujuh belas) tahun (khusus rawat inap); dan
- d. menyerahkan fotokopi kartu keluarga/C1 (khusus rawat inap).

III. PEMBIAYAAN

a. Klaim Puskesmas

Puskesmas mengajukan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Daerah masing-masing.

b. Pembayaran Klaim

- 1) Pengajuan klaim ke UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dilakukan 1 (satu) bulan sekali secara kolektif paling lambat tanggal 5 (lima) pada bulan berikutnya.
- 2) Dana klaim akan dikirim melalui rekening Puskesmas masing-masing sesuai dengan besaran klaim yang diajukan dan sudah diverifikasi.
- 3) Syarat-syarat klaim sebagai berikut :
 - a) Surat Pengantar Kepala Puskesmas yang memuat rekapitulasi seluruh biaya pelayanan sesuai formulir klaim (terlampir) beserta data elektronik (yang diterima UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul adalah *hardcopy* dan file dalam *compact disk*).
 - b) Setiap Pasien disertai berkas :
 - (1) fotokopi kartu identitas;
 - (2) fotokopi KTP bagi peserta yang sudah berusia di atas 17 (tujuh belas) tahun (khusus rawat inap);
 - (3) fotokopi Kartu Keluarga/C1 (khusus rawat inap)
 - (4) Pendukung Medis sebagai berikut :
 - (a) bukti perawatan yang ditandatangani pasien;
 - (b) resume medis dengan penulisan diagnosa akhir;
 - (c) resume tindakan operasi, bila ada tindakan; dan
 - (d) hasil penunjang diagnostik.
 - (5) Pendukung Tagihan (*billing*) sebagai berikut :
 - (a) rincian biaya tindakan;
 - (b) rincian penunjang diagnostik;
 - (c) rincian obat-obatan;
 - (d) rincian Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan Alat kesehatan (Alkes); dan
 - (e) kuitansi pembiayaan per pasien yang ditandatangani petugas keuangan Puskesmas dan diketahui pasien/keluarganya dengan menandatangani kuitansi tersebut (di sebelah kiri bawah).
 - (6) rujukan bila ada.
 - (7) formulir klaim Rawat Jalan Puskesmas;
 - (8) formulir klaim Rawat Inap Puskesmas; dan

- (9) pencatatan Rawat Jalan/ Rawat Inap.
- 4) Pembayaran klaim paling lambat 15 (lima belas) hari sejak pengajuan klaim diterima dan dinyatakan lengkap.
- 5) Hasil verifikasi disampaikan secara tertulis kepada Puskesmas beserta bukti transfer pembayaran.

c. Pengelolaan Dana Klaim

Dana klaim yang diterima Puskesmas, penggunaannya menjadi tanggung jawab Kepala Puskesmas.

IV. PENCATATAN DAN LAPORAN

Puskesmas melakukan pencatatan dan laporan atas hal :

1. Pelayanan Rawat Jalan peserta Jamkesda di Puskesmas.
2. Pelayanan Rawat Inap peserta Jamkesda di Puskesmas.
3. Penanganan keluhan peserta Jamkesda di Puskesmas.

V. KELUHAN

- a. Peserta/sasaran Jamkesda dapat menyampaikan keluhan kepada UPT Bapel Jamkesos, UPT Jamkesda Kota, UPT Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Sleman, UPT Jamkesda Kulon Progo, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- b. UPT Bapel Jamkesos, UPT Jamkesda Kota, UPT Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Sleman, UPT Jamkesda Kulon Progo, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul segera menanggapi, menyelesaikan dan menjawab keluhan melalui telepon, fax dan surat.

VI. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan evaluasi program Jamkesda dilakukan oleh Puskesmas dan UPT Bapel Jamkesos, UPT Jamkesda Kota, UPT JPKM Sleman, UPT Jamkesda Kulon Progo, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul untuk menjaga agar tujuan jaminan kesehatan sosial berhasil mencapai sesuai ketentuan yang ditetapkan dan mengetahui gambaran pencapaian indikator keberhasilan program.

VII. PENUTUP

Hal-hal yang belum diatur dalam petunjuk teknis ini akan dibahas dalam rapat koordinasi antara UPT Bapel Jamkesos, UPT Jamkesda Kota, UPT JPKM Sleman, UPT Jamkesda Kulon Progo, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dengan Puskesmas.

B. TINGKAT RUMAH SAKIT

I. PAKET MANFAAT PEMELIHARAAN KESEHATAN SPESIALIS DAN SUB SPESIALIS

a. Rawat Jalan :

- d. konsultasi medis dan KIE;
- e. pemberian obat-obatan generik yang mengacu pada pedoman formularium Jamkesta;
- f. pemeriksaan fisik dan pengobatan spesialis dan sub spesialis;
- g. pemeriksaan dan pengobatan gigi spesialis dan sub spesialis;
- h. penunjang diagnostik yang terdiri dari : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik sesuai indikasi medis;
- i. tindakan medis kecil dan sedang; dan
- j. pelayanan KB dan efek samping.

b. Rawat Inap :

- 1) akomodasi rawat inap pada kelas III;
- 2) pemberian obat-obatan generik yang mengacu pada pedoman formularium Jamkesta;
- 3) konsultasi medis dan KIE;
- 4) pemeriksaan fisik dan pengobatan spesialis dan sub spesialis;
- 5) pemeriksaan dan pengobatan gigi spesialis dan sub spesialis;
- 6) penunjang diagnostik yang terdiri dari : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik sesuai indikasi medis;
- 7) tindakan medis sesuai indikasi medis;
- 8) operasi sedang dan besar;
- 9) persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONED);
- 10) pelayanan rehabilitasi medis;
- 11) pelayanan intensif; dan
- 12) pelayanan KB dan efek samping.

c. Rawat Darurat

Merupakan gawat darurat medis antara lain :

- 1) perdarahan hebat;
- 2) batuk darah hebat;
- 3) sesak nafas berat;
- 4) tidak sadarkan diri/pingsan;
- 5) kejang;
- 6) nyeri perut terus menerus; dan
- 7) muntah dan buang air besar terus menerus.

II. PELAYANAN YANG DIBATASI

- a. Biaya hemodialisis, kasus kanker, jantung, dan stroke.
- b. Kacamata, alat bantu dengar dan alat bantu gerak.
- c. Pelayanan penunjang diagnostik canggih.

III. KASUS-KASUS YANG TIDAK/ DITANGGUNG

- a. *General chek up*, KIR kesehatan.
- b. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika.
- c. Infertilitas (upaya untuk punya anak).
- d. Pengobatan alternatif.
- e. Protesis gigi tiruan.
- f. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam.
- g. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.

IV. KOMPETENSI PPK

Rumah sakit dalam melayani peserta sesuai dengan kompetensinya/ jenis pelayanannya adalah :

- a. Rumah Sakit Umum: melayani semua jenis pelayanan kesehatan.
- b. Rumah Sakit Grhasia: melayani pelayanan kesehatan jiwa.
- c. Rumah Sakit Respira: melayani kesehatan paru.
- d. Rumah Sakit Khusus Anak: melayani pelayanan kesehatan anak.
- e. Rumah Sakit Khusus Bedah: melayani pelayanan kesehatan kasus bedah.
- f. Rumah Sakit Khusus Ibu Anak: melayani pelayanan kesehatan ibu dan anak.

V. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

a. Pelayanan Rawat Jalan

- 1) Pasien menunjukkan kartu identitas asli dan menyerahkan :
 - a) fotokopi Kartu Identitas Peserta;
 - b) fotokopi KTP (bagi yang telah berusia 17 tahun ke atas);
 - c) fotokopi Kartu Keluarga (C1);
 - d) surat rujukan dari PPK I untuk pelayanan di PPK II;
 - e) surat rujukan dari PPK II untuk pelayanan di PPK III; dan
 - f) untuk kasus gawat darurat tidak diperlukan rujukan dan dapat langsung ke bagian Instalasi Gawat Darurat rumah sakit.
- 2) Pelayanan diberikan sesuai indikasi medis.
- 3) Pemeriksaan penunjang, tindakan dan pengobatan dengan biaya tinggi harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu tim komite medik rumah sakit dan dilampiri bukti pendukung. Persetujuan diberikan oleh UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- 4) Apabila diperlukan rawat inap, dibuatkan surat perintah rawat inap.
- 5) Pasien menanda tangani rekapitulasi biaya.
- 6) Untuk persyaratan klaim setiap pasien dibuatkan resume medis.
- 7) Pasien dibuatkan surat kontrol atau rujukan balik sesuai kondisi medis.

b. Pelayanan Rawat Inap

- 1) Rawat Inap hanya dapat dilakukan bagi pasien yang telah mendapat surat perintah rawat inap dari dokter atau instalasi gawat darurat.
- 2) Pelayanan diberikan sesuai indikasi medis.
- 3) Pemeriksaan penunjang, tindakan dan pengobatan dengan biaya tinggi harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu tim komite medik rumah sakit dan dilampiri bukti pendukung. Persetujuan diberikan oleh UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- 4) Pasien menanda tangani rekapitulasi biaya.
- 5) Setiap pasien dibuatkan resume medis.
- 6) Dilaksanakan kajian kasus oleh UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dan rumah sakit untuk kasus antara lain :
 - 1) CRF dengan Haemodialisa;
 - 2) Ca dengan/tanpa: operasi, kemoterapi, radioterapi;
 - 3) Trauma kepala/stroke dengan perawatan lama dengan atau tanpa craniotomi;
 - 4) AMI; dan
 - 5) IDDM.
- 7) Pasien dibuatkan surat kontrol atau rujukan balik sesuai kondisi medis.
- 8) Rumah sakit dapat melakukan kordinasi awal dan akhir dengan UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

VI. PEMBIAYAAN

- a. Rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta mengacu tarif Peraturan Daerah atau tarif yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- b. Tarif ambulans hanya untuk rujukan pasien antar rumah sakit.
- c. Tarif Pelayanan yang dibatasi sebagai berikut :
 - 1) Alat Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp.150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan resep dokter spesialis mata.
 - 2) *Intra Ocular Lens* (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, dengan nilai maksimal Rp. 500.000,00 (lima ratus ribu rupiah).
 - 3) Pelayanan Hemodialisa diberikan bantuan biaya Rp. 500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kunjungan.

- 4) Alat bantu gerak (tongkat penyangga dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosial peserta/sasaran Jamkesos tersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien.
- 5) Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah.
- 6) Pelayanan penunjang diagnostik canggih melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik.
- 7) Pembiayaan kesehatan per peserta yang diberikan oleh Pengelola Jamkesda maksimal Rp 15.000.000,00 (lima belas juta rupiah) per tahun kecuali masyarakat miskin.
- 8) Untuk kasus Hemodialisa diberikan jaminan sebesar Rp 500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kunjungan.
- 9) Untuk kasus Kanker, tindakan khemoterapy dibatasi 1 (satu) seri dengan batasan bantuan maksimal Rp 5.000.000,00 (lima juta rupiah) per kunjungan dan radio therapy untuk 1 (satu) seri bantuan maksimal Rp 3.500.000,00 (tiga juta lima ratus ribu rupiah).
- 10) Untuk penyakit katastropik (penyakit kronis menahun dan berbiaya tinggi), terdiri dari Penyakit Jantung Koroner, Jantung Bawaan, Kanker, Gagal Ginjal, Kelainan Bawaan, Kelainan Pembuluh Darah Kronis, Kelainan Metabolisme Kronis, Trauma, Transplantasi Organ, dan Penyakit Infeksi Berat. Pengelola Jamkesda, dapat memberikan bantuan biaya melebihi Rp 15.000.000,00 (lima belas juta rupiah) melalui proses yang ditetapkan dalam suatu forum koordinasi pihak rumah sakit, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pengelola Jamkesda.

VII. MEKANISME PENGAJUAN KLAIM

Pengajuan klaim ke UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, dilakukan secara kolektif 1 (satu) bulan sekali, paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.

VIII. SYARAT-SYARAT KLAIM

- a. Surat pengantar dari pimpinan rumah sakit yang berisi :
 - 1) rekapitulasi biaya rawat jalan dan rawat inap;
 - 2) rincian biaya pelayanan sesuai formulir klaim (terlampir) beserta data elektronik (*hardcopy* dan *softcopy*).
- b. Setiap Pasien disertai berkas :
 - 1) Fotokopi Kartu Identitas Peserta;
 - 2) Fotokopi KTP bagi pasien yang berusia di atas 17 (tujuh belas) tahun;
 - 3) Fotokopi Kartu Keluarga (C1);
 - 4) Pendukung medis meliputi :
 - a) surat rujukan atau surat keterangan kegawatan dari IGD RS;

- b) bukti perawatan yang ditanda tangani pasien;
- c) resume medis dengan penulisan diagnosa akhir;
- d) laporan tindakan operasi bila diperlukan UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- e) hasil pemeriksaan penunjang diagnostik;
- f) surat keterangan tim komite medik sesuai indikasi medis.

5) Pendukung Tagihan (*billing*) meliputi :

- a) jumlah hari rawat, yaitu tanggal keluar dikurangi tanggal masuk atau sesuai peraturan daerah;
- b) rincian biaya tindakan meliputi :
 - (1) tindakan medis non operatif;
 - (2) tindakan medis operatif.
- c) rincian biaya penunjang diagnostik dan hasilnya (bila diperlukan);
- d) rincian biaya obat-obatan;
- e) rincian biaya BMHP dan Alkes;
- f) rincian pembiayaan per-pasien yang ditandatangani pasien/keluarganya; dan
- g) rincian pembiayaan per-pasien bermaterai yang ditandatangani petugas keuangan rumah sakit.

6) Surat keterangan rujukan ke rumah sakit lain (bila ada).

c. Verifikasi dan Pembayaran Klaim

- 1) Klaim yang telah dinyatakan lengkap akan dilakukan verifikasi.
- 2) Hasil verifikasi disampaikan ke rumah sakit beserta bukti transfer pembayaran.
- 3) UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, akan membayar klaim paling lambat 15 (lima belas) hari setelah berkas klaim dinyatakan lengkap.
- 4) Setiap rumah sakit diharapkan membuka rekening bank di Bank Pembangunan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (BPD DIY) atas nama instansi (rumah sakit), bukan atas nama pribadi. Bila rekening bank selain BPD DIY, biaya transfer dibebankan kepada rumah sakit.

d. Pengelolaan Dana Klaim

Dana klaim yang diterima rumah sakit, penggunaannya menjadi tanggung jawab Direktur Rumah Sakit.

IX. KELUHAN

- a. Peserta/sasaran Jamkesda dapat menyampaikan keluhan kepada UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul;
- b. UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul menanggapi, menyelesaikan dan menjawab keluhan melalui telepon, fax dan surat.

X. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan evaluasi program Jamkesda dilakukan untuk menjaga agar tujuan Jaminan kesehatan sosial berhasil mencapai sesuai ketentuan yang ditetapkan dan mengetahui gambaran pencapaian indikator keberhasilan program.

XI. LAIN-LAIN

- a. Pemeriksaan penunjang, tindakan dan pengobatan dengan biaya tinggi harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- b. Bila diperlukan darah untuk transfusi, darah disediakan oleh PMI.
- c. Untuk kasus kecelakaan lalu lintas, peserta/sasaran Jamkesda mengurus santunan ke PT. Jasa Raharja terlebih dahulu.

XII. PENUTUP

Hal-hal yang belum diatur dalam petunjuk teknis ini akan dibahas dalam rapat koordinasi antara UPT Bapel Jamkesos Provinsi DIY, UPT Jamkesda Kota Yogyakarta, UPT JPKM Kabupaten Sleman, UPT Jamkesda Kabupaten Kulon Progo, Dinas Sosial Kabupaten Bantul, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dengan rumah sakit.

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X