



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
NOMOR 3 TAHUN 2013

TENTANG  
PEDOMAN TEKNIS PEMBAYARAN JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI  
KEPESERTAAN COORDINATION OF BENEFIT DAN  
PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta, dimaksudkan agar dapat diselenggarakannya Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) sebagai upaya untuk sinkronisasi, koordinasi, dan sinergi menuju integrasi antara Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam pengembangan dan penyelenggaraan program jaminan kesehatan guna memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat, dengan tujuan untuk memberikan wadah kepada penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan jaminan kesehatan, secara terintegrasi;
- b. bahwa dalam Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta, ketentuan mengenai kepesertaan Penerima Bantuan Iuran masih belum cukup diatur, sehingga perlu diatur tersendiri;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pedoman Teknis Pembayaran Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Kepesertaan Coordination Of Benefit Dan Penerima Bantuan Iuran Kesehatan Semesta;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
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. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
7. 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);
8. 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);
9. 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;
10. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 7 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2007 Nomor 7);
11. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta (Berita Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2011 Nomor 19);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PEDOMAN TEKNIS PEMBAYARAN JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI KEPESERTAAN COORDINATION OF BENEFIT DAN PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

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 Daerah dengan Pemerintah Kabupaten/Kota meliputi paket manfaat, kepesertaan, penyelenggaraan dan administrasi.
2. Penyelenggara Jamkesta adalah satuan/unit kerja Provinsi dan/atau satuan/unit kerja Kab/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 Coordination Of Benefit adalah masyarakat yang terdaftar sebagai peserta Jamkesda/Jamkesta di Kabupaten/Kota sebagaimana ditetapkan dengan keputusan Bupati/Walikota dengan iuran yang dibayar bersama antara Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta dan Pemerintah Kabupaten /Kota.

#### Pasal 2

- (1) Peserta COB dan PBI ditetapkan dengan Keputusan Bupati/Walikota/Gubernur sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Anak yang lahir dari suami dan istri peserta COB dan PBI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) otomatis mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### Pasal 3

- (1) Anak yang lahir dari suami dan istri peserta COB dapat diberikan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sesuai ketentuan kepesertaan COB.
- (2) Anak yang lahir dari suami dan istri peserta COB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi bahan perubahan Keputusan Bupati/Walikota/Gubernur perihal daftar kepesertaan COB sesuai kewenangannya.
- (3) Anggaran penambahan biaya pelayanan kesehatan diusulkan dalam Perubahan APBD tahun anggaran berjalan.
- (4) Biaya pendaftaran kepesertaan COB menjadi tanggungjawab Kabupaten/Kota masing-masing.

#### Pasal 4

- (1) Unit Pelaksana Teknis Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan sistem pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah mengkoordinasikan pengelolaan Jamkesta bagi peserta PBI, kecuali Peserta mandiri dari Pemerintah Kabupaten/Kota.
- (2) Lembaga Penyelenggara dan pengelola Jamkesta terdiri atas:
  - a. Unit Pelaksana Teknis Dinas Balai Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Daerah Istimewa Yogyakarta;
  - b. Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Kota Yogyakarta;

- c. Unit Pelaksana Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (UPT JPKM) Kabupaten Sleman;
- d. Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan (UPT Jamkes) Kabupaten Kulon Progo;
- e. Unit Pelaksana Teknis Dinas Jaminan Kesehatan Daerah (UPTD Jamkesda) Kabupaten Bantul; dan
- f. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

#### Pasal 5

- (1) Koordinasi pengelolaan Jamkesta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dilaksanakan melalui Forum Koordinasi Pelayanan dan Pembiayaan Kesehatan Jamkesta, yang dibentuk dengan Keputusan Gubernur.
- (2) Tugas Forum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan rekomendasi dan kebijakan hal-hal sebagai berikut:
  - a. Penetapan kepesertaan COB dan PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota;
  - b. Akses peserta COB dan PBI dalam Pelayanan Kesehatan Jamkesta;
  - c. Penetapan pembiayaan untuk penyakit/kasus dengan biaya tinggi, tingkat keparahan tinggi dan atau perawatan lama serta mempertimbangkan faktor kemiskinan/ketidakmampuan bagi peserta Jamkesta;
  - d. Akses penetapan biaya pelayanan kesehatan diatas Rp.10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah) bagi peserta COB, diluar SOP.
  - e. Akses penetapan biaya pelayanan kesehatan diatas Rp.15.000.000,00 (lima belas juta rupiah) bagi peserta PBI diluar SOP.
- (3) Susunan Organisasi Forum Koordinasi Pelayanan dan Pembiayaan Kesehatan Jamkesta terdiri dari
  - 1. Ketua : Wakil Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.
  - 2. Ketua Pelaksana : Sekretaris Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.
  - 3. Wakil Ketua : Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.
  - 4. Sekretaris Pelaksana : Kepala Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.
  - 5. Anggota :
    - a. Kepala Unit Pelaksana Teknis Dinas Balai Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Daerah Istimewa Yogyakarta;
    - b. Unsur Pengelola Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.
    - c. Unsur teknis terkait.
- (4) Penetapan dan Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Sekretaris Pelaksana Forum.
- (5) Nama-nama personil anggota Forum Koordinasi Pelayanan dan Pembiayaan Kesehatan Jamkesta sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.

#### Pasal 6

- (1) Peserta COB dan PBI yang telah menggunakan dana maksimal dan masih diperlukan pelayanan kesehatan dapat dibiayai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Lampiran, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

(2) Penetapan dan Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh UPTD Bapel Jamkesos.

#### Pasal 7

- (1) Jamkesos dapat membayar selisih biaya pelayanan kesehatan bagi peserta COB dan PBI Kabupaten/Kota (Jamkesda),
- (2) Peserta Mandiri Kabupaten/Kota tidak dapat diberikan bantuan selisih biaya pelayanan kesehatan.
- (3) Selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan apabila yang bersangkutan sudah memanfaatkan dana dari Kab/Kota terlebih dahulu.
- (4) Pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan :
  - a. Persyaratan teknis kepesertaan.
  - b. Persyaratan ketentuan jaminan kesehatan.
  - c. Persyaratan system rujukan dan rekomendasi.
  - d. Kemampuan peserta jamkesda.
- (5) Mekanisme pembayaran selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diusulkan/direkomendasikan oleh Bupati/Walikota kepada Gubernur.

#### Pasal 8

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku sejak diundangkan dan dilaksanakan satu tahun anggaran 2013.

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

Ditetapkan di Yogyakarta  
pada tanggal 15 Januari 2013

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta  
pada tanggal 15 Januari 2013

SEKRETARIS DAERAH  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

ICHSANURI

BERITA DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2013 NOMOR 3

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

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

LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
NOMOR 3 TAHUN 2013  
TENTANG  
PEDOMAN TEKNIS PEMBAYARAN  
JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN  
BAGI KEPESERTAAN COORDINATION  
OF BENEFIT DAN PENERIMA BANTUAN  
IURAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

SOP TEKNIS PEMBIAYAAN JAMKESTA MELEBIHI DANA MAKSIMAL

- A. Peserta COB dan PBI (kecuali mandiri) yang telah menggunakan dana maksimal dan masih memerlukan pelayanan kesehatan atau biaya pelayanan kesehatan berhak memperoleh tambahan bantuan biaya dengan syarat mengajukan surat permohonan kepada Gubernur Cq. Kepala Dinas Kesehatan DIY (selaku Sekretaris Forum Koordinasi Pembiayaan dan Pelayanan Kesehatan Jamkesta DIY).
- B. Pemenuhan tambahan biaya (untuk membayar selisih biaya) dapat dilakukan dengan berdasar pada:
1. Kunjungan kasus/kunjungan rumah pasien;
  2. Manajemen kasus dari komite medik rumah sakit;
  3. Rekam medik; dan
  4. Rekomendasi dari pemerintah daerah.
- C. Kategori Penyakit Katastropik sebagai berikut:
1. Penyakit Gagal Ginjal (HD);
  2. Penyakit Kanker;
  3. Penyakit Stroke;
  4. Penyakit Jantung; dan
  5. Penyakit Jiwa.
- D. Kategori penyakit kritis, antara lain:
1. Kelainan bawaan;
  2. Kelainan pembuluh darah kronis;
  3. Kelainan metabolisme kronis;
  4. Dari biaya total sesuai protokol kemoterapi dan atau formularium obat Jamkesos Trauma;
  5. Transplantasi organ; dan
  6. Penyakit infeksi berat.
- E. Standar Operasional Prosedur (SOP) kategori penyakit katastropik, sebagai berikut:
1. Gagal Ginjal
    - a. Kriteria :
      - 1) Rutin Hemodialisa;
      - 2) Prioritas pada Usia Produktif;
      - 3) Evaluasi kecukupan dana (pemanfaatan dana jaminan dan kecukupan dana Bapel);

- 4) Prognose penyakit; dan
- 5) Masuk kategori miskin/rentan miskin/tidak mampu.

b. Prosedur:

- 1) Sudah memanfaatkan dana maksimal;
- 2) Memenuhi kriteria;
- 3) Rencana terapi terjadwal (dari pihak PPK); dan
- 4) BapelJamkesos membuat jaminan.

c. Besaranbantuan :

- 1) Rp. 500.000,00 per hemodialisa selama 1 tahun berjalan dan dievaluasi setiap 3 bulan.
- 2) Rawat Inap dengan atau tanpa tindakan AV Shunt biaya maksimal Rp. 5.000.000,00 Per orang pertahun atau sesuai dengan INACBGs.

2. Kanker

a. Kriteria :

- 1) Rutin Kemoterapi dan radioterapi kanker;
- 2) Prioritas pada Usia Produktif;
- 3) Evaluasi kecukupan dana (pemanfaatan dana jaminan dan kecukupan dana BapelJamkesos);
- 4) Prognose penyakit; dan
- 5) Masuk kategori miskin/rentan miskin/tidak mampu.

b. Prosedur :

- 1) Sudah memanfaatkan dana maksimal;
- 2) Memenuhi kriteria;
- 3) Rencana terapi terjadwal (dari pihak PPK); dan
- 4) BapelJamkesos membuat jaminan.

c. Besaran Bantuan :

- 1) Biaya Tindakan kemoterapi sebesar 50% dari biaya total sesuai protokol kemoterapi dan atau formularium obat Jamkesos;
- 2) Biaya tindakan radioterapi dibantu 50% dari biaya total sesuai protokol radioterapi; dan
- 3) Biaya rawat Inap sebesar 50% dari biaya total, maksimal Rp. 5.000.000,00. per orang pertahun.

3. Stroke

a. Kriteria :

- 1) Prioritas pada Usia Produktif;
- 2) Evaluasi kecukupan dana (pemanfaatan dana jaminan dan kecukupan dana BapelJamkesos);
- 3) Prognose penyakit; dan
- 4) Masuk kategori miskin/rentan miskin/tidak mampu.

b. Prosedur

- 1) Sudah memanfaatkan dana maksimal;
- 2) Memenuhi kriteria;
- 3) Terapi sesuai indikasi medis; dan
- 4) Bapel Jamkesos membuat jaminan.

- c. Besaran bantuan :
  - 1) 50% dari biaya total maksimal Rp. 5.000.000,00. per orang pertahun.
- 4. Penyakit jantung
  - a. Kriteria :
    - 1) Prioritas pada penderita Usia Produktif;
    - 2) Evaluasi kecukupan dana (pemanfaatan dana jaminan dan kecukupan dana Bapel Jamkesos);
    - 3) Prognose penyakit;
    - 4) Masuk kategori miskin/rentan miskin/tidak mampu;
  - b. Prosedur :
    - 1) Sudah memanfaatkan dana maksimal;
    - 2) Memenuhi kriteria;
    - 3) Terapi sesuai indikasi medis;
    - 4) Bapel Jamkesos membuat jaminan.
  - c. Besaran bantuan :
    - 1) Bantuan 50% dari biaya total, maksimal Rp5.000.000,00 per orang per tahun.
- 5. Penyakit Jiwa
  - a. Kriteria :
    - 1) Prioritas pada Usia Produktif;
    - 2) Evaluasi kecukupan dana (pemanfaatan dana jaminan dan kecukupan dana Bapel Jamkesos);
    - 3) Prognose penyakit; dan
    - 4) Masuk kategori miskin/rentan miskin/tidak mampu.
  - b. Prosedur :
    - 1) Sudah memanfaatkan dana maksimal;
    - 2) Memenuhi kriteria;
    - 3) Terapi sesuai indikasi medis;
    - 4) Bapel Jamkesos membuat jaminan.
  - c. Besarnya bantuan :
    - 1) Bantuan 50% dari biaya total, maksimal Rp. 5.000.000,- per orang per tahun.

#### F. SOP Kategori Penyakit Kritis

- 1. Kriteria:
  - a. Warga masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta;
  - b. Masyarakat miskin dan sangat miskin;
  - c. Terdaftar sebagai Peserta Jamkesda dan atau direkomendasikan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota;
  - d. Sudah memanfaatkan dana maksimal Jamkesda bagi peserta Jamkesda;
  - e. Dirawat di PPK yang bekerjasama dengan Jamkesda Kabupaten/kota;
- 2. Prosedur:
  - a. Mempunyai kartu jamkesda/surat keterangan kepesertaan dari jamkesda/direkomendasikan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota;
  - b. Didaftarkan nama dan alamatnya;



- c. Sesudah memanfaatkan dana jamkesda secara maksimal bagi peserta Jamkesda, masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta yang tidak mempunyai jaminan pelayanan kesehatan apapun, yang karena kemiskinannya tidak mampu membayar bila terjadi selisih biaya, karena penyakitnya masih membutuhkan biaya pelayanan kesehatan dan diusulkan/direkomendasikan oleh Kepala Daerah Kabupaten/Kota melalui institusi yang diberi pelimpahan wewenang Kepala Daerah;
  - d. Pelayanan diberikan pada rumah sakit yang bekerjasama dengan jamkesda kabupaten/kota dan atau Jamkesos;
  - e. Pengajuan klaim akan dilakukan verifikasi oleh Bapel Jamkesos.
3. Besarnya Bantuan:
- a. 50% dari total biaya sesuai indikasi medis melalui proses manajemen kasus;
  - b. Berdasarkan pengajuan Pemerintah Kabupaten/Kota yang sebelumnya telah dilakukan verifikasi di kabupaten/kota dengan aturan yang berlaku di wilayah masing-masing;
  - c. Berdasarkan kemampuan yang bersangkutan (pasien).

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

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