



**BUPATI PELALAWAN
PROVINSI RIAU**

**PERATURAN BUPATI PELALAWAN
NOMOR 7 TAHUN 2021**

TENTANG

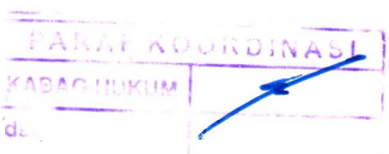
**PETUNJUK TEKNIS DAN PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM DAN
KEGIATAN PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DASAR
SERTA RUJUKAN BAGI MASYARAKAT MISKIN YANG BELUM
TERINTEGRASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DI KABUPATEN PELALAWAN**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PELALAWAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di kabupaten pelalawan, diselenggarakan kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi jaminan kesehatan nasional;
- b. bahwa untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi jaminan kesehatan nasional perlu dibuat petunjuk teknis dan pedoman pelaksanaan kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi jaminan kesehatan nasional;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Petunjuk Teknis dan Pedoman Pelaksanaan Program dan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar Serta Rujukan Bagi Masyarakat Miskin yang Belum Terintegrasi Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Pelalawan;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi, dan Kota Batam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 181, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3902) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2000 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 80, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3968), terakhir diubah dengan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2008



f

- (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 107, (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4880);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143);

9. Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pelalawan (Lembaran Daerah Kabupaten Pelalawan Tahun 2016 Nomor 10), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pelalawan (Lembaran Daerah Kabupaten Pelalawan Tahun 2019 Nomor 8);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS DAN PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM DAN KEGIATAN PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DASAR SERTA RUJUKAN BAGI MASYARAKAT MISKIN YANG BELUM TERINTEGRASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KABUPATEN PELALAWAN.**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Pelalawan.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Pelalawan.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan.
5. Kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi jaminan kesehatan nasional adalah suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin belum terintegrasi Jaminan Kesehatan Nasional dan pasien khusus ditetapkan oleh pemerintah daerah.
6. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan social yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
7. Pemberian pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan dasar, rawat inap di puskesmas, pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan gawat darurat di puskesmas, rumah sakit milik pemerintah (rsud) dan/ atau rumah sakit swasta yang telah mengikat kerja sama.
8. Masyarakat adalah masyarakat yang berdomisili dalam wilayah kabupaten pelalawan yang mempunyai identitas yang sah (KTP dan KK Kabupaten Pelalawan).

9. Masyarakat miskin belum terintegrasi JKN adalah masyarakat Kabupaten Pelalawan yang termasuk dalam kategori miskin/ tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa/Lurah, camat dan mempunyai identitas yang sah (KTP dan KK Kabupaten Pelalawan) dan Dinas Sosial Kabupaten Pelalawan.
10. Pemberi pelayanan kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah Puskesmas, rumah sakit milik Pemerintah (RSUD) dan/ atau rumah sakit swasta yang telah mengikat kerja sama.

Pasal 2

- (1) Maksud dari Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin sehingga akses dan mutu pelayanan kesehatan dapat tercapai secara optimal.
- (2) Tujuan dari Peraturan Bupati ini adalah untuk meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan kepada seluruh masyarakat yang belum terintegrasi JKN di Daerah agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien

BAB II

PEMBAYARAN KLAIM

Pasal 3

Klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit terhadap pasien menggunakan pola tarif Rumah Sakit pada kelas III (tiga) kecuali pelayanan kesehatan bagi pasien dengan pertimbangan khusus Pemerintah Daerah yang diselenggarakan oleh puskesmas.

Pasal 4

Petunjuk teknis dan pedoman pelaksanaan program dan kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan bagi masyarakat miskin belum terintegrasi JKN di Daerah, sebagaimana tercantum dalam Lampiran, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 5

Hal yang belum termuat dalam Petunjuk Teknis dan Pedoman Pelaksanaan ini dapat diatur kembali dalam surat perjanjian kerja sama sesuai dengan kebutuhan di Pemberi Pelayanan Kesehatan masing-masing.

Pasal 6

Segala biaya yang timbul sebagai akibat pelaksanaan keputusan ini, dibebankan kepada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.



BAB II
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Nomor 22 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis dan Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Pelalawan (Berita Daerah Kabupaten Pelalawan Tahun 2019 Nomor 22) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan Pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Pelalawan.

Ditetapkan di Pangkalan Kerinci
pada tanggal 28 Januari 2021

BUPATI PELALAWAN,


M. HARRIS

Diundangkan di Pangkalan Kerinci
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PELALAWAN,


TENGGU MUKHLIS

BERITA DAERAH KABUPATEN PELALAWAN TAHUN 2021 NOMOR



LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI PELALAWAN
NOMOR : TAHUN 2021
TENTANG : PETUNJUK TEKNIS DAN PEDOMAN
PELAKSANAAN PROGRAM
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN
KESEHATAN DASAR DAN RUJUKAN
KEGIATAN PENINGKATAN PELAYANAN
MASYARAKAT MISKIN BELUM
TERINTEGRASI JKN KABUPATEN
PELALAWAN

**PETUNJUK TEKNIS DAN PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DASAR DAN RUJUKAN
KEGIATAN PENINGKATAN PELAYANAN MASYARAKAT MISKIN BELUM
TERINTEGRASI JKN KABUPATEN PELALAWAN**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak fundamental setiap penduduk, menurut Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO, 1948), Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Oleh karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi seluruh penduduknya tanpa terkecuali. Mengingat hal tersebut maka Pemerintah Kabupaten Pelalawan membuat suatu Kegiatan bernama Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN untuk memenuhi hal yang tertuang dalam undang-undang tersebut.

Salah satu hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan yang disebabkan faktor pembiayaan kesehatan. Terdapat banyak faktor yang menyebabkan peningkatan biaya kesehatan, diantaranya adalah; perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi medis, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran yang masih berbasis *Out of Pocket*, serta inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

Pada konteks otonomi daerah, dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah telah diamanatkan bahwa Pemerintah Daerah mempunyai kewajiban untuk menyediakan fasilitas kesehatan dan mengembangkan sistem Jaminan Kesehatan.

Dalam hal ini, pengembangan mekanisme asuransi kesehatan sosial dapat menjadi alternatif utama penetapan kebijakan sistem jaminan kesehatan pada masing-masing daerah. Kabupaten Pelalawan merespon amanah ini telah berusaha memenuhi jaminan kesehatan masyarakat dengan menyediakan pembiayaan iuran premi JKN bagi masyarakat yang telah dilakukan integrasi JKN dan menyelenggarakan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.

Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN adalah kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang belum terintegrasi JKN di Kabupaten Pelalawan, baik pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun di RSUD Selasih serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang telah mengikat kerjasama, yang rinciannya ada di dalam Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis ini. Di tingkat Puskesmas, Program ini melayani semua penduduk Kabupaten Pelalawan yang mempunyai identitas dan tidak mendapatkan perlindungan asuransi kesehatan. Hal ini berarti semua penduduk Kabupaten Pelalawan akan mendapatkan pembiayaan kesehatan baik di tingkat Puskesmas maupun pada tingkat Rumah Sakit. Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN berlaku bagi seluruh masyarakat miskin Kabupaten Pelalawan, pasien khusus dan pengguna Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan.

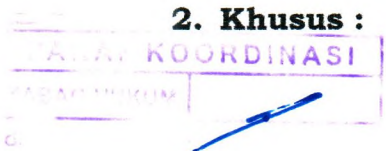
Sejalan dengan itu, maka Pemerintah Kabupaten Pelalawan memberikan kewenangan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan untuk mengelola dan menyelenggarakan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di Kabupaten Pelalawan. Pedoman ini memberikan petunjuk kepada semua pihak terkait tentang mekanisme penyelenggaraan Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN Kabupaten Pelalawan.

B. Tujuan

1. Umum :

Meningkatnya akses dan mutu Pelayanan Kesehatan kepada seluruh masyarakat umum di Kabupaten Pelalawan agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2. Khusus :



- a. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin belum terintegrasi JKN di seluruh jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan.
- b. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi masyarakat, sehingga terkendali mutu dan biayanya
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

C. Sasaran Kegiatan

Sasaran Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN Kabupaten Pelalawan baik Puskesmas maupun Rumah Sakit adalah seluruh masyarakat miskin yang mempunyai identitas Kabupaten Pelalawan dan tidak mempunyai jaminan kesehatan (tidak bertanggung Program Jamkesmas dan atau jaminan kesehatan lainnya) dan Pasien Khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pelalawan.

BAB II

PENYELENGGARAAN

A. Landasan Hukum

Peraturan Perundang-Undangan yang menjadi landasan hukum penyelenggaraan Jamkesda, adalah :

1. Undang-Undang Dasar Tahun 1945 yang tercantum pada :

Pasal 28 H angka (1) menyatakan bahwa : setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 34 angka (2) menyatakan bahwa : Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan

Pasal 34 Angka (3) menyatakan bahwa : “ Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum”.

2. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 4, 5, dan 62 yang menyatakan sebagai berikut :

Pasal 4 : “ Setiap orang berhak atas kesehatan”



Pasal 5 :

- (1) “ Setiap orang punya hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan
- (2) “Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau”.“Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya sendiri”.

Pasal 62 :

- (1) “Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan melalui penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat”.
- (2) “Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/ atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi resiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit”.
- (3) Pemerintah dan Pemerintah Daerah menyediakan fasilitas untuk kelangsungan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahn penyakit”.

B. Prinsip Penyelenggaraan

Kegiatan ini diselenggarakan dalam rangka mewujudkan peningkatan pelayanan Kesehatan bagi masyarakat miskin Kabupaten Pelalawan. Penyelenggaraan Kegiatan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN ini mengacu pada prinsip-prinsip :

1. Pengelolaan dan amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan kesehatan masyarakat umum.
2. Pelayanan Kesehatan bersifat menyeluruh (Komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang Cost Efektif dan Rasional.
3. Pelayanan Kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
4. Transparansi dan Akuntabilitas.

C. Kebijakan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN

Kebijakan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN Kabupaten Pelalawan meliputi berbagai aspek :

1. Tata Laksana Penerima Pelayanan Kesehatan

Masyarakat Miskin Kabupaten Pelalawan yang termasuk dalam kategori miskin/ tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa/Lurah, camat dan mempunyai identitas yang sah (KTP dan KK Kabupaten pelalawan) dan Dinas Kesejahteraan Sosial serta Pasien khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.

2. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan termasuk Standar Obat (Formularium) diberikan sesuai indikasi medik dengan menggunakan mekanisme administrasi klaim yang lebih terstandar, tidak mentolerir pelayanan kesehatan yang berlebihan diluar paket kecuali yang bersifat kejadian luar biasa dan tidak bisa dielakkan dan harus mendapatkan persetujuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan, Direktur Rumah Sakit dan Komite Medik Rumah Sakit dan pembayarannya melalui satu pintu.

3. Tata Laksana Pendanaan

Kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN merupakan salah satu Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar yang disalurkan melalui mekanisme APBD. Selanjutnya PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit) mengajukan klaim ke Dinas Kesehatan. Pembayaran dilakukan setelah dilakukan proses verifikasi oleh tenaga verifikator. Secara umum, dengan dilakukan pemisahan fungsi verifikator dan pembayar, menunjukkan terjadinya rasionalisasi biaya yang tergambar dari terjadinya pelayanan kesehatan yang terkendali.

D. Kebijakan Operasional

1. Kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN adalah bentuk belanja APBD Kabupaten Pelalawan untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin /tidak mampu. Kegiatan ini diselenggarakan agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

2. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.
3. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip:
 - a. Pemanfaatan dana untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
 - b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
 - c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
 - d. Efisien, transparan dan akuntabel.

E. Perjanjian Kerjasama

1. Dasar Perjanjian Kerjasama

Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN Kabupaten Pelalawan menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat miskin berdasarkan indikasi medis dan pertimbangan khusus dari Pemerintah Kabupaten Pelalawan.

2. Sasaran Kerjasama

Sasaran kerjasama dalam Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di tingkat Pelayanan Kesehatan Rujukan adalah :

- a. RSUD Selasih Kabupaten Pelalawan
- b. RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru
- c. RSJ Tampan Pekanbaru
- d. RS Lainnya dengan Pertimbangan Khusus Pemerintah Kabupaten Pelalawan.

3. Ruang Lingkup Kerjasama di RSUD tersebut meliputi ;

- a. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
- b. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
- c. Pelayanan Kesehatan Rujukan dari RS Kerjasama ke RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru atau RSJ Tampan Pekanbaru

4. Pola Tarif

Pola tarif yang dipakai dalam kerjasama dengan Rumah Sakit mengikuti pola tarif Rumah Sakit Kelas III (tiga). Hal tersebut akan

diatur dalam MOU (Surat Perjanjian Kerjasama) sesuai dengan kesepakatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan dengan Pihak Rumah Sakit. Kerjasama yang melibatkan dengan rumah sakit kabupaten lain harus diketahui oleh Bupati masing-masing daerah yang menjalin kerjasama.

5. Sistem Pembayaran Klaim

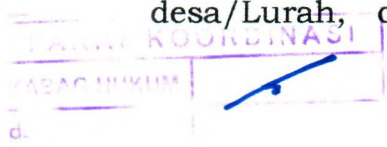
Pembayaran klaim dilakukan sesuai dengan tagihan yang diajukan pihak RS, dan telah melalui uji verifikasi oleh Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan. Kelengkapan yang harus disertai dalam proses penagihan klaim ini adalah;

- a. Kwitansi Induk
- b. Surat Pengantar Klaim yang ditanda tangani oleh direktur Rumah Sakit.
- c. Berkas Pelayanan Kesehatan ;
 - 1) Surat Keterangan Tidak Mampu dan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan
 - 2) KK/KTP
 - 3) Resume Medik
- d. Daftar penyakit dan besaran biayanya
- e. Daftar Diagnosa Umum Rawat Jalan dan Rawat Inap
- f. Laporan Kegiatan Pelayanan

BAB III

TATALAKSANA PENERIMA PELAYANAN KESEHATAN

1. Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN adalah Masyarakat Kabupaten Pelalawan yang termasuk dalam kategori miskin/ tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa/Lurah, camat dan mempunyai identitas yang sah (KTP dan KK Kabupaten pelalawan) serta belum memiliki JKN.
2. Jumlah sasaran Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN untuk Puskesmas adalah Masyarakat Kabupaten Pelalawan yang termasuk dalam kategori miskin/ tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa/Lurah, camat , memiliki identitas yang sah (KTP dan KK Kabupaten pelalawan), belum memiliki JKN. Pada Rumah Sakit Rujukan adalah Masyarakat Kabupaten Pelalawan yang termasuk dalam kategori miskin/ tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa/Lurah, camat, mempunyai identitas yang sah (KTP dan KK



Kabupaten pelalawan), belum memiliki JKN dan didaftarkan dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) Dinas Sosial serta memiliki surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan.

3. Selain Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN, yang termasuk dalam Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum terintegrasi JKN adalah sebagai berikut :
 - a. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar dengan melampirkan rekomendasi dari Dinas Kesejahteraan Sosial/ Kepolisian dan pada saat mengakses pelayanan kesehatan mengikuti prosedur yang telah ditentukan.
 - b. Pasien dengan Kasus Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), berdasarkan Rekomendasi dari Tim Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A).
 - c. Pasien dengan Kasus Kejiwaan yang membutuhkan perawatan di RSJ Tampan Pekanbaru baik belum terintegrasi JKN maupun telah terintegrasi JKN (Pengobatan tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan).
 - d. Pasien kurang mampu yang karena berbagai sebab telah mendaftarkan diri menjadi peserta JKN mandiri tetapi kepesertaannya belum aktif.
 - e. Pasien dengan pertimbangan khusus dari Pemerintah Daerah Kabupaten Pelalawan.
 - f. Bayi dan Anak dibawah usia atau sama dengan 5 (lima) tahun yang ditetapkan sebagai penderita Gizi Buruk oleh Tenaga Kesehatan yang berkompeten.
 - g. Bayi yang baru lahir dari peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang berasal dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN yang memerlukan biaya perawatan sebelum terdaftar menjadi peserta JKN dengan melampirkan kartu kepesertaan orang tua dan melampirkan keterangan dari BPJS.
 - h. Peserta didik yang berada / berdomisili di Wilayah Kabupaten Pelalawan dan di buktikan dengan surat keterangan sebagai peserta didik dari Pimpinan / Kepala Instansi Pendidikan yang bersangkutan yang memerlukan pelayanan kesehatan baik kegiatan upaya kesehatan perseorangan maupun upaya kesehatan esensial pengembangan dalam rangka pencapaian target Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

7. Pada keadaan Gawat Darurat (*emergency*) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada Pasien kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN walaupun tidak sebagai PPK jaringan kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN, hal ini dilakukan sebagai bagian dari fungsi sosial PPK.

Selanjutnya PPK tersebut segera merujuk ke jaringan PPK kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN untuk penanganan lebih lanjut.

B. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi pasien kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Jaringan, pasien dapat datang langsung ke Puskesmas dengan menunjukkan Identitas Diri (KTP dan KK) Kabupaten Pelalawan.

2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut

a. Pasien kegiatan peningkatan pelayanan masyarakat miskin belum terintegrasi JKN yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut disertai surat keterangan miskin/tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa/Lurah, camat , surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. *Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.*

b. Persyaratan sebagaimana dimaksud pada huruf (a) diatas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pendaftaran rumah sakit untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya, pasien selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

c. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar dapat mengakses pelayanan dengan menunjukan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas Kesejahteraan sosial dan melaporkan diri ke Dinas Kesehatan untuk diterbitkan Rekomendasi.

- d. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana diatas meliputi :
- 1) Pelayanan rawat jalan lanjutan/spesialistik di Rumah Sakit.
 - 2) Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit dan tidak diperkenankan pindah kelas atas permintaannya.
 - 3) Pelayanan obat-obatan.
 - 4) Pelayanan rujukan, spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- e. Untuk kasus kronis tertentu yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, *surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan (seperti Diabetes Mellitus, dll)*. Untuk kasus kronis khusus seperti kasus gangguan jiwa dan kasus pengobatan paru, *surat rujukan dapat berlaku sampai dengan 3 bulan*.
- f. Pada keadaan gawat darurat, apabila setelah penanganan kegawatdaruratannya peserta memerlukan rawat inap dan identitas pasien belum lengkap, maka yang bersangkutan diberi waktu 3 x 24 jam(hari kerja) untuk melengkapinya.
- g. Pelayanan obat di Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut :
- 1) Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/ Apotik Rumah Sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai yang diperlukan.
 - 2) Apabila terjadi kekurangan atau kekosongan obat sebagaimana butir (1) diatas maka Rumah Sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
 - 3) Tidak dibenarkan pihak Rumah Sakit melakukan pungutan biaya tambahan kepada pasien dengan alasan kekosongan obat dan alasan lainnya.
- h. Pelayanan kesehatan RJTL di Rumah Sakit dan pelayanan RITL di Rumah Sakit dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut pola tarif Rumah Sakit kelas III (tiga) Dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa yang tepat sesuai ICD-10 sebagai dasar pembayaran klaim, Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (resume medik).
- i. Pelayanan terhadap pasien tertentu yang karena pertimbangan khusus oleh Pemerintah Daerah sehingga pembiayaannya tidak

- mengikuti pola tarif Rumah Sakit kelas III (tiga) maka perlu dibuatkan perjanjian kerjasama (PKS) khusus.
- j. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks dengan severity level-3 harus dilengkapi ketentuan pada huruf (j) diatas juga harus mendapatkan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk untuk dan yang diberi tanggungjawab oleh Rumah Sakit.
 - k. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap melalui instalasi rawat jalan dan instalasi gawat darurat dapat diklaim menggunakan 1 (satu) dengan jenis pelayanan rawat inap dan rawat jalan.
 - l. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosa akan tetapi diagnosa tersebut merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya maka dklaimkan menggunakan 1 (satu) jenis pelayanan.
 - m. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan kasus yang bukan merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya dapat diklaimkan menurut diagnosa masing-masing.
 - n. Agar pelayanan berjalan dengan lancar, Rumah Sakit bertanggungjawab untuk menjamin ketersediaan Alat Medis atau Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan obat serta ketersediaan darah bagi pasien yang membutuhkan.
 - o. Pelayanan Rumah Sakit diharapkan dapat dilakukan dengan cost efficient dan cost effective.
 - p. Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, PPK tidak boleh menarik iur biaya dengan alasan apapun kepada pasien.

C. Manfaat yang Diperoleh

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk pasien bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa pelayanan yang tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain :

1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan Jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
 - 1) Tindakan gawat darurat

mengikuti pola tarif Rumah Sakit kelas III (tiga) maka perlu dibuatkan perjanjian kerjasama (PKS) khusus.

- j. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks dengan severity level-3 harus dilengkapi ketentuan pada huruf (j) diatas juga harus mendapatkan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk untuk dan yang diberi tanggungjawab oleh Rumah Sakit.
- k. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap melalui instalasi rawat jalan dan instalasi gawat darurat dapat diklaim menggunakan 1 (satu) dengan jenis pelayanan rawat inap dan rawat jalan.
- l. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosa akan tetapi diagnosa tersebut merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya maka dklaimkan menggunakan 1 (satu) jenis pelayanan.
- m. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan kasus yang bukan merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya dapat diklaimkan menurut diagnosa masing-masing.
- n. Agar pelayanan berjalan dengan lancar, Rumah Sakit bertanggungjawab untuk menjamin ketersediaan Alat Medis atau Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan obat serta ketersediaan darah bagi pasien yang membutuhkan.
- o. Pelayanan Rumah Sakit diharapkan dapat dilakukan dengan cost efficient dan cost effective.
- p. Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, PPK tidak boleh menarik iur biaya dengan alasan apapun kepada pasien.

C. Manfaat yang Diperoleh

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk pasien bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa pelayanan yang tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain :

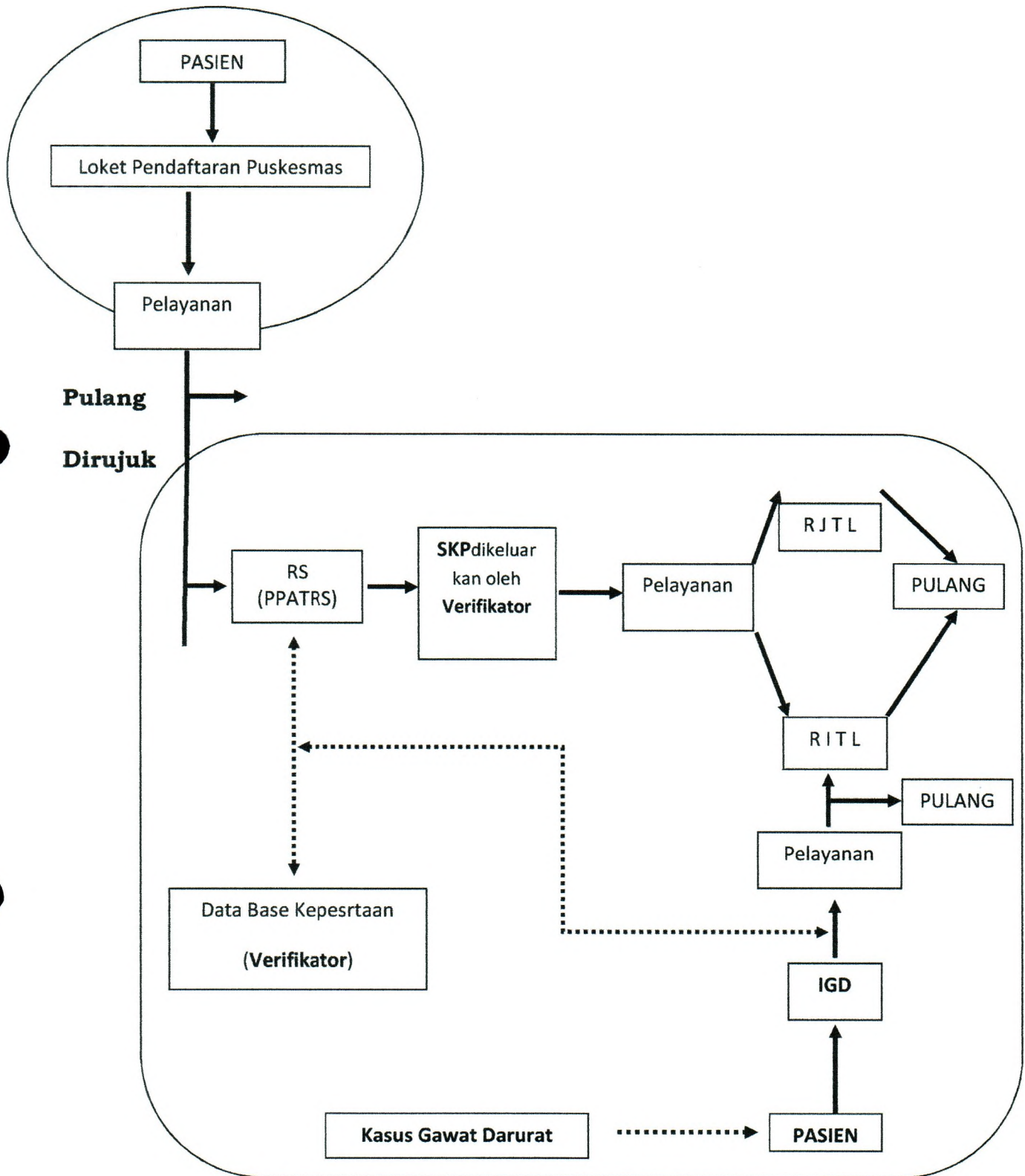
1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan Jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
 - 1) Tindakan gawat darurat

- 2) Tindakan medis kecil
 - 3) Laboratorium sederhana
 - 4) Pemasangan IUD dan Implant
 - 5) Visum et Repertum
 - 6) Transportasi Rujukan dan Ambulance
 - 7) Pencabutan gigi dengan penyulit
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
- 1) Akomodasi Rawat Inap
 - 2) Pemeriksaan Fisik
 - 3) Laboratorium Sederhana (darah, urine, feses rutin)
 - 4) Tindakan Medis Kecil/Sederhana
- c. Persalinan normal dilakukan oleh Puskesmas dan Jaringannya, Persalinan dengan penyulit dapat dilayani di Puskesmas dengan fasilitas PONED.
- d. Pelayanan Gawat darurat (emergency)
2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit
- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada Poliklinik Spesialis, meliputi ;
- 1) Konsultasi Medis dan Penyuluhan Kesehatan oleh Dokter Umum /Spesialis
 - 2) Pemeriksaan Fisik
 - 3) Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium Klinik, Radiologi dan Elektromedik
 - 4) Tindakan Medis Kecil, Sedang dan Besar
 - 5) Pemeriksaan dan Pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - 6) Pelayanan obat-obatan
 - 7) Pelayanan darah
 - 8) Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi
 - 9) Pelayanan hemodialisa
 - 10) Pelayanan CT-Scan
 - 11) Pelayanan Terapi Hemofilia
 - 12) Pelayanan Endoscopi
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III, meliputi :
- 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III
 - 2) Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan

- 3) Pemeriksaan fisik
 - 4) Pemeriksaan penunjang diagnostik : Laboratorium Klinik, Radiologi dan Elektromedik
 - 5) Tindakan medis atau Operasi Sedang dan Besar
 - 6) Pelayanan Rehabilitasi Medis
 - 7) Perawatan intensif (ICU/NICU/PICU/ICCU/HCU)
 - 8) Pelayanan obat-obatan
 - 9) Pelayanan darah
 - 10) Bahan dan alat kesehatan habis pakai (AMHP)
 - 11) Persalinan dengan penyulit
- c. Pelayanan gawat darurat (Emergency)
 - d. Pemulasaran Jenazah untuk penderita HIV AIDS
 - e. Alat atau Bahan medis habis pakai tertentu masih dapat diklaimkan secara terpisah karena belum termasuk dalam tarif INA CBG's.
Standar Alat atau Bahan medis habis pakai tersebut mengacu pada standar yang ditetapkan Dirjen Bina Yanmedik. Selama belum ada penetapan standar yang dimaksud, maka perlu dilakukan kerjasama antara RS dan distributor setempat untuk menjamin kepastian penyediaan dan harga Alat atau Bahan medis habis pakai yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien. AMHP yang masih dapat diklaimkan terpisah tersebut adalah IOL.
3. Pelayanan Kesehatan pada kegiatan khusus yang dapat diklaim pada Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN sebagai berikut ;
 - a. Kegiatan Sunatan massal
 - b. Pengobatan massal
 - c. Biaya transportasi rujukan untuk pasien pada kegiatan khusus
 4. Pelayanan yang tidak dijamin (Exclusion)
 - 1) Tidak sesuai dengan prosedur pelayanan
 - 2) Masyarakat yang tidak berhak
 - 3) Pelayanan kosmetik
 - 4) Pelayanan yang bertujuan memiliki anak
 - 5) Pelayanan Kesehatan yang tidak berdasarkan indikasi medis
 - 6) Pelayanan canggih (operasi jantung paru, kedokteran nuklir, MRI, ESWL, transplantasi organ)

- 7) Pelayanan kesehatan selain di Puskesmas wilayah Kabupaten Pelalawan serta Puskesmas dan RSUD Kab/ Kota yang telah menjalin kerjasama dengan Dinas kesehatan Kabupaten Pelalawan
- 8) Kejadian sakit atau penyakit akibat Force Majeur seperti gempa bumi, banjir, tanah longsor, dll
- 9) Pembersihan karang gigi dan usaha meratakan gigi
- 10) Toiletteries, susu, obat gosok, dll
- 11) General check up
- 12) Pengobatan alternatif
- 13) Ketergantungan obat, alcohol, HIV/AIDS, dll
- 14) Berbagai Penyakit atau Kelemahan akibat usaha bunuh diri
- 15) Imunisasi, diluar imunisasi dasar dan imunisasi ibu hamil (dilakukan di Puskesmas).
- 16) Alat bantu kesehatan (kursi roda, tongkat penyangga, korset, dll)
- 17) Pelayanan suplemen : kacamata, hearing aids, protesa gigi, dan alat gerak.

ALUR KEGIATAN PENINGKATAN PELAYANAN MASYARAKAT BELUM TERINTEGRASI JKN



FAKAT KOORDINASI
 BACAG ANKUM
 6.

BAB V

PENDANAAN KEGIATAN

A. Ketentuan Umum

1. Pendanaan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN bersumber dari APBD Kabupaten Pelalawan.
2. Pembayaran ke PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit) disalurkan dari Dinas Kesehatan ke PPK sesuai dengan jumlah klaim yang diajukan kepada Dinas kesehatan dan telah disetujui oleh Bidang Pelayanan Kesehatan.
3. Pertanggung jawaban pembiayaan di Rumah Sakit menggunakan pola tarif Rumah Sakit pada kelas III (tiga).
4. Pasien tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

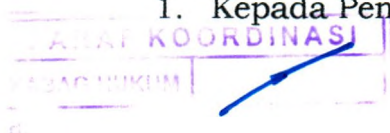
B. Sumber Dana

Sumber Dana berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Pelalawan tahun 2020. Pendanaan dalam Kegiatan Peningkatan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di bedakan atas 2 (dua) bagian yaitu:

1. Dana Pelayanan Langsung
Adalah dana yang langsung diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan, dipergunakan untuk memberikan Pelayanan Tindakan Medis dan Non Tindakan di Puskesmas dan Jaringannya serta Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Pembayaran dana tersebut dibayarkan dengan pola Klaim.
2. Dana Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung (Operasional Manajemen)
Adalah dana yang diperuntukkan dukungan manajemen dalam menunjang kelancaran kegiatan-kegiatan sebagai berikut:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Koordinasi dan Sosialisasi
 - c. Advokasi
 - d. Pembinaan/ monitoring dan evaluasi
 - e. Pembayaran honorarium dan operasional
 - f. Perencanaan dan Pengembangan Program
 - g. Pengelolaan Pelaporan Pelaksanaan Kegiatan

C. Pengelolaan Dana

1. Kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)



Pembayaran terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit serta sarana rujukan kesehatan lainnya dapat dilaksanakan melalui :

a. Puskesmas

- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Rawat Inap Tingkat Pertama, dibayarkan dengan cara Klaim per tindakan. sesuai dengan Peraturan Peraturan Bupati Pelalawan Nomor 14 tahun 2020
- 2) Pelayanan persalinan merupakan sistem paket dari pemeriksaan kehamilan, persalinan normal dan perawatan post partum .
- 3) Pelayanan persalinan tidak membedakan antara persalinan normal dan persalinan dengan penyulit.
- 4) Tarif pelayanan persalinan dengan penyulit sama dengan persalinan normal, yaitu sebagaimana ada pada tabel dibawah ini ;

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)	Jumlah (Rp)	Ket
1.	Persalinan Normal Dokter	800.000,-	800.000,-	
2.	Persalinan Normal Bidan	700.000,-	700.000,-	

- 5) Biaya Pelayanan Persalinan dibayarkan kepada petugas yang menolong Persalinan sampai melahirkan (kecuali untuk kondisi tertentu).

b. Rumah Sakit

Pembayaran menurut tarif paket mengacu pada Sistem Klaim mengikuti Pola tarif Rumah Sakit pada kelas III dan diatur dalam kesepakatan antara Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan dengan Pihak Rumah Sakit yang dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS).

D. Penagihan Klaim

Prosedur penagihan Klaim pelayanan kesehatan :

1. PUSKESMAS

a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

- 1) Pelaporan pertanggungjawaban keuangan disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di Puskesmas meliputi

Laporan Kunjungan pasien JKN dan Rawat Jalan Tingkat Pertama serta 10 (sepuluh) Penyakit Terbanyak

- 2) Klaim pengobatan atas pelayanan di Puskesmas dibayarkan pada bulan berikutnya oleh Dinas Kesehatan dan disesuaikan dengan Anggaran Kas dan ketersediaan dana APBD Kabupaten Pelalawan.
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- 1) Pelaporan pertanggungjawaban keuangan disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di Puskesmas meliputi laporan kasus Rawat Inap disertai dengan Karakteristik Pasien, 10 (sepuluh) penyakit terbanyak dan biaya termahal, Selanjutnya Laporan Puskesmas direkapitulasi oleh Dinas Kesehatan.
 - 2) Klaim RITP ditagihkan setiap bulan kepada Dinas Kesehatan dengan melampirkan :
 - Berkas pelayanan kesehatan seperti : Foto copy KTP/KK ; Surat Keterangan Dirawat, dan Resume Medis.
 - Daftar Rekapitulasi data peserta rawat inap, yang memuat nama pasien, NIK, Jenis Kelamin, tanggal lahir, alamat, tanggal masuk & keluar rawat inap.
- c. Persalinan (Normal dan dengan penyulit per vaginam)
- 1) Klaim Persalinan di Puskesmas dan Jaringannya dilaporkan ke Dinas Kesehatan Persalinan ditagih setiap bulan kepada Dinas Kesehatan dengan melampirkan:
 - Berkas Pelayanan Kesehatan Pasien, seperti : foto copy KTP/KK, Lembar bukti persalinan yang ditandatangani Dokter atau Bidan Desa (Partograf), surat keterangan lahir dan Kartu Ibu.
 - Daftar rekapitulasi data peserta Rawat Inap, yang memuat : nama Pasien, NIK, Jenis Kelamin, Tanggal Lahir, Alamat, Tanggal Masuk & Keluar Rawat Inap.
- d. Laporan RJTP dan berkas klaim RITP/ Persalinan disampaikan oleh Puskesmas kepada Dinas Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
- e. Kelengkapan SPJ
- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - Daftar Klaim Rawat Jalan

- Identitas pasien (KTP/KK Kab. Pelalawan yang masih berlaku)
 - Status pasien (medical record), Lengkap dengan Nama KK, Pekerjaan, No Reg, dan Riwayat Pasien.
 - Surat pernyataan menerima pelayanan/ tindakan
 - Rincian biaya tindakan
- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- Daftar klaim pelayanan/ tindakan
 - Identitas pasien (KTP/KK Kab. Pelalawan yang masih berlaku)
 - Status pasien (medical record) Lengkap dengan Nama KK, Pekerjaan, No Reg, dan Riwayat Pasien.
 - Surat pernyataan menerima pelayanan/ tindakan
 - Rincian biaya tindakan
 - Surat permintaan pemeriksaan laboratorium (khusus pemeriksaan laboratorium).
 - Hasil pemeriksaan laboratorium (khusus pemeriksaan laboratorium).
 - Resume rawat inap (khusus pasien rawat inap).
- 3) Rujukan
- Daftar klaim rujukan
 - Surat rujukan dari dokter Puskesmas ke Rumah Sakit Rujukan yang telah menjalin kerjasama
 - Fotocopy KTP/KK
 - Status pasien (medical record) Lengkap dengan Nama KK, Pekerjaan, No Reg, dan Riwayat Pasien.
 - Surat pernyataan menerima pelayanan/ tindakan
 - Rincian biaya tindakan
 - SPT petugas yang disahkan oleh petugas tempat tujuan rujukan
- 4) Persalinan
- Fotocopy KTP/KK
 - Buku KIA
 - Kartu KB
 - Partograf

2. Rumah Sakit

Klaim Rumah Sakit ditagih setiap bulan paling lama tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya kepada Dinas Kesehatan, dengan melampirkan :

- a. Surat Pengantar pengajuan Klaim
- b. Berkas Pelayanan Kesehatan seperti : Surat Jaminan Pelayanan (SJP), lembar bukti pelayanan/ tindakan medis yang diberikan oleh Dokter Pemeriksa, dan Resume Medis (Rawat Inap).
- c. PPK lanjutan mempertanggung jawabkan klaim dengan menggunakan pola tarif Rumah Sakit pada kelas III(tiga) yang dikirim dalam bentuk hard copy dan soft copy
- d. Klaim atas dana tersebut menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur PPK Lanjutan dan Verifikator Dinas Kesehatan di Rumah Sakit.
- e. Pelaporan pertanggungjawaban keuangan disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di PPK lanjutan meliputi kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), kunjungan kasus Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), disertai dengan karakteristik pasien, sepuluh penyakit terbanyak dan 10 (sepuluh) penyakit dengan biaya termahal. Selanjutnya PPK lanjutan mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan, selanjutnya Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten melakukan rekapitulasi realisasi keuangan dan kinerja pelayanan kesehatan ke Bagian Keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan untuk realisasi keuangan.
- f. Pertanggungjawaban atas dana yang telah menjadi hasil kinerja Pelayanan Kesehatan sebagai penerimaan/pendapatan atas klaim pelayanan, dapat digunakan sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing, antara lain jasa medis/jasa pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat dan administrasi pendukung lainnya.
- g. Seluruh berkas dokumen pertanggungjawaban disimpan oleh RS, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF). PPK lanjutan meliputi berbagai aspek sebagai satu kesatuan yakni; penyiapan software dan aktivasinya, administrasi klaim dan proses verifikasi. Agar dapat berjalan dengan baik; dokter harus

menuliskan diagnose menurut ICD-10, melaksanakan pelayanan sesuai dengan *clinical pathway* dan menggunakan sumber daya yang paling efisien. Seterusnya petugas administrasi klaim RS melakukan klaim dan melengkapi data tambahan yang diperlukan dengan menggunakan format klaim (software) yang ditentukan dan verifikator melakukan verifikasi klaim RS.

- h. Seluruh Klaim dibayarkan sesuai dengan besaran biaya pola tarif Rumah Sakit kelas III (tiga) dan jika ada perubahan akan diatur kembali dalam Surat Perjanjian Kerjasama (PKS).

3. Klaim Kadaluarsa

Pengajuan klaim setelah 3 (tiga) bulan sejak tanggal pelayanan tidak dapat dilayani. Untuk Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas dan Rumah Sakit, hitungan hari rawat adalah tanggal keluar peserta dikurangi tanggal masuk.

E. Pertanggung Jawaban Keuangan

Pertanggung jawaban keuangan dilakukan oleh Puskesmas atas dasar jumlah pasien dan pelayanan yang diberikan kepada pasien di wilayah Puskesmas masing-masing dengan melampirkan bukti –bukti pelayanan pendukung dan direkap oleh Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan.

F. Penggunaan Dana di PPK (Puskesmas dan Rumah Sakit)

Pertanggungjawaban atas dana yang telah menjadi hasil kinerja Pelayanan Kesehatan sebagai penerimaan/pendapatan atas klaim pelayanan, dapat digunakan sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing, antara lain jasa medis/jasa pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat dan administrasi pendukung lainnya sesuai dengan aturan yang berlaku.

G. Verifikasi

Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh PPK. Verifikasi di Puskesmas dan Rumah Sakit dilaksanakan oleh Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan. Verifikasi atas Pelayanan Kesehatan dalam Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN meliputi :

1. Verifikasi administrasi pasien; KTP/KK, surat rujukan

2. Administrasi pelayanan meliputi; nama pasien, nama dokter penanggung jawab, tanda tangan dokter penanggung jawab, surat rujukan, tanda tangan Komite Medik atau Direktur pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk dan yang diberi tanggung jawab oleh RS (pada kasus yang masuk dalam Severity Level 3).
3. Administrasi keuangan meliputi; bukti pembayaran pola tarif Rumah Sakit kelas III (tiga) dilampiri dengan form rawat jalan dan rawat inap

Proses verifikasi dalam pelaksanaan Pelayanan Kesehatan, meliputi:

1. Pemeriksaan kebenaran dokumen identitas Pasien
2. Pemeriksaan Surat Rujukan
3. Memastikan dikeluarkannya rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas RS sesuai dengan format yang ditentukan.
4. Pemeriksaan kebenaran penulisan diagnosa, prosedur, kode penyakit (ICD -10).
5. Pemeriksaan kebenaran besaran tarif sesuai diagnosa, prosedur, kode penyakit (ICD -10).
6. Rekapitulasi pertanggung jawaban keuangan yang sudah di tanda tangani oleh Direktur RS
7. Mengirim laporan rekapitulasi dan realisasi pembayaran Rumah Sakit.

BAB VI PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan Jamkesda terdiri dari Tim Koordinasi Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN. Tim Koordinasi Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN bersifat Internal Lintas Program Dinas Kesehatan Kabupaten.

A. Tim Koordinasi Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN

Bupati membentuk Tim Koordinasi Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN tingkat Kabupaten Pelalawan yang terdiri dari pengarah, penanggung jawab, ketua, sekretaris, dan anggota. Tim Pelaksanaan bersifat lintas sektor yang terkait dalam pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN, diketuai oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dengan anggota terdiri dari pejabat terkait.

Adapun tugas dari Tim Koordinasi Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN tingkat Kabupaten
2. Melakukan pembinaan dan pengendalian Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN tingkat Kabupaten.
3. Melaksanakan pertemuan review/evaluasi secara berkala sesuai kebutuhan
4. Menyelesaikan permasalahan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN yang menyangkut lintas sektor di tingkat Kabupaten.

Susunan Tim Koordinasi Jamkesda Kabupaten Pelalawan;

Pengarah : Bupati Pelalawan
 Penanggung Jawab : Sekretaris Daerah Kab. Pelalawan
 Ketua : Kepala Dinas Kesehatan
 Sekretaris : Kepala Bidang Yankes Dinas Kesehatan
 Anggota : Sekretaris Dinas Kesehatan
 : Kepala Bappeda
 : Kepala Dinas Kesejahteraan Sosial
 : Direktur RSUD Selasih
 : Kepala Bidang P2P
 : Kepala Bidang Kesmas
 : Kasie Pembiayaan Jaminan Kesehatan
 : Kasie Yankes Primer dan Penyehatan Tradisional
 : Kasie Pelayanan Kesehatan Rujukan
 : Kepala Puskesmas Pangkalan Kerinci
 : Kepala Puskesmas Langgam
 : Kepala Puskesmas Pelalawan
 : Kepala Puskesmas Seikijang
 : Kepala Puskesmas Bunut
 : Kepala Puskesmas Pangkalan Lesung
 : Kepala Puskesmas Bandar Petalangan
 : Kepala Puskesmas Pangkalan Kuras

- : Kepala Puskesmas Ukui
- : Kepala Puskesmas Kerumutan
- : Kepala Puskesmas Teluk Meranti
- : Kepala Puskesmas Kuala Kampar
- : Kepala Puskesmas Pangkalan Kuras II
- : Kepala Puskesmas Pangkalan Kerinci II

B. Pelaksana Verifikasi

Tenaga pelaksana verifikasi adalah tenaga honorer Dinas Kesehatan pada Seksi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Tugas Verifikator :

1. Melaksanakan verifikasi administrasi pasien
2. Melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan
3. Melaksanakan verifikasi administrasi keuangan

Fungsi:

1. Memastikan kebenaran dokumen identitas pasien Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
2. Memastikan adanya Surat Rujukan dari Puskesmas .
3. Memastikan dikeluarkannya rekap pertanggung jawaban keuangan oleh petugas RS sesuai dengan format paket yang ditetapkan.
4. Memastikan kebenaran penulisan paket/diagnosa, prosedur, No. Kode.
5. Memastikan kebenaran besar tarif sesuai paket/diagnosa, prosedur, No. Kode.
6. Memastikan formulir laporan keuangan di setujui Direktur RSUD.
7. Mengirim rekapitulasi laporan keuangan yang di tanda tangani oleh Direktur RS ke Dinas Kesehatan.

BAB VII

PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM

A. Indikator Keberhasilan

Sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan program, ditentukan dengan indikator-indikator sebagai berikut :

1. Indikator Input

Untuk indikator input yang akan dinilai yaitu :

- a. Tersedianya data base masyarakat yang belum terintegrasi JKN
- b. Tersedianya jaringan PPK.

- c. Tersedianya Pedoman Pelaksanaan (Manlak) dan Petunjuk Teknis (Juknis) Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
- d. Adanya Tim Koordinasi Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di tingkat Kabupaten Pelalawan.
- e. Tersedianya Dana APBD untuk penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
- f. Adanya tenaga Pelaksana Verifikasi di semua PPK lanjutan.
- g. Tersedianya sistem informasi manajemen Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Belum Terintegrasi JKN

2. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu :

- a. Terlaksananya pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutu di Rumah Sakit dan Puskesmas
- b. Terlaksananya pembayaran klaim di seluruh PPK
- c. Terlaksananya pola tarif Rumah Sakit pada kelas III (tiga) sebagai dasar pembayaran dan pertanggungjawaban pemanfaatan dana Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di seluruh RS (kecuali Pelayanan Kesehatan bagi pasien Khusus).
- d. Terlaksananya verifikasi pertanggungjawaban pemanfaatan dana Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di PPK.
- e. Terlaksananya penyampaian pertanggungjawaban pemanfaatan dana dari PPK.
- f. Terlaksananya pelaporan penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN secara periodik dan berjenjang.
- g. Terlayannya pasien Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN di seluruh PPK.
- h. Terlaksananya Pelayanan Kesehatan yang terkendali biaya dan mutu di Puskesmas wilayah Kabupaten Pelalawan, RSUD Selasih dan RSUD lainnya yang telah bekerjasama.

- i. Terlaksananya loperan kegiatan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN bulanan dari Puskesmas.
- j. Terlaksananya pengiriman laporan keuangan/ pengklaiman dari Puskesmas.

3. Indikator Output

Untuk indikator output yang diinginkan dari program ini yaitu

- a. PPK Rumah Sakit dapat melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan pola tarif Rumah Sakit pada kelas III (tiga) (Kecuali Pelayanan Kesehatan bagi pasien Khusus).
- b. Tidak ada penolakan pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- c. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
- d. Terpenuhinya kecukupan dana dalam penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
- e. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
- f. Terpenuhinya dana Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.

B. Kegiatan Pemantauan dan Evaluasi

1. Tujuan Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN., sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.

2. Ruang lingkup Pemantauan dan Evaluasi

- a. Manajemen pelayanan kesehatan, meliputi kunjungan pasien di Puskesmas dan RS
- b. Manajemen keuangan, meliputi pencairan dana, penggunaan dana, dan pertanggung jawaban keuangan.

3. Mekanisme pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi diarahkan agar pelaksanaan program berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pemantauan merupakan bagian dari tugas Pemerintah Daerah yang dilakukan oleh Tim Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik semester maupun tahunan, melalui :

- a. Pertemuan dan koordinasi
- b. Analisis laporan
- c. Kunjungan lapangan dan supervisi
- d. Penelitian langsung (survey kepuasan pelanggan)

C. Penanganan Keluhan

Keluhan masyarakat penerima pelayanan, disampaikan kepada Bidang Pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan.

Prinsip-prinsip penanganan keluhan dilakukan, sebagai berikut :

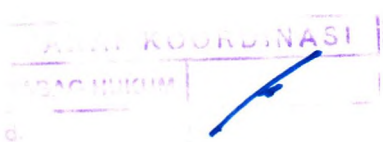
1. Semua pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikannya.
2. Penanganan keluhan dilakukan secara terstruktur dan berjenjang
3. Pengaduan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima layanan, dan petugas PPK.
4. Pengumpulan keluhan dilakukan secara pasif maupun proaktif.

D. Pelaporan

Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi, dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN setiap bulan secara terpadu. Rekapitulasi data pelayanan di Puskesmas dan RS dikirimkan setiap bulan ke Dinas Kesehatan.

E. Pengawasan

Pelaksanaan pengawasan untuk penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN dapat dilakukan dengan cara :



1. Pengawasan Langsung

Pengawasan langsung dilakukan kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) pada saat pelaksanaan kegiatan di lapangan yang meliputi pelayanan administratif pasien, pelayanan kesehatan dan pengelolaan.

2. Pengawasan tidak langsung

Pengawasan tidak langsung dapat dilakukan melalui laporan pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi dan penanganan keluhan

3. Pengawasan Fungsional

Pengawasan fungsional ini dilakukan oleh aparat pengawasan fungsional (APF)

BAB VIII

SANKSI

Apabila ditemukan indikasi adanya Pemberi Pelayanan Kesehatan(PPK) yang melakukan kecurangan dan/ atau pelanggaran terhadap Perjanjian Kerjasama (MoU) akan diberlakukan sanksi.

Jenis sanksi tersebut meliputi ;

1. Sanksi Administratif

Sanksi tersebut diberikan kepada PPK ;

- a. Yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana yang telah disepakati di dalam Perjanjian Kerjasama (PKS)
- b. Terindikasi melakukan Mark Up Klaim
- c. Tidak melayani dan tidak memberikan fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien Jsesuai dengan Petunjuk Teknis dan Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN.
- d. Memungut biaya tambahan kepada pasien atau keluarganya
- e. Tidak melakukan prosedur pelayanan sesuai Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN Kabupaten Pelalawan.

Sanksi yang diberikan dapat berupa ;

- a. Surat Teguran diberikan kepada Puskesmas dan RS Pemerintah
- b. Penangguhan Pembayaran Klaim

c. Pemutusan Perjanjian Kerjasama bagi Rumah Sakit Swasta dan Praktek Swasta.

2. Sanksi Pemotongan Klaim

Sanksi tersebut diberikan kepada PPK yang melakukan iur biaya terhadap pasien yang dibuktikan dengan Kwitansi Asli.

Sanksi yang diberikan berupa pemotongan Klaim sesuai dengan jumlah iur yang dikenakan kepada pasien (berdasarkan jumlah di kwitansi asli).

BAB IX PENUTUP

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tersebar di seluruh Kabupaten Pelalawan membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari Pemerintah Daerah sebagaimana diamanatkan dalam konstitusi Negara Kesatuan Republik Indonesia. Pembiayaan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik.

Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Pelalawan, harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah. Diharapkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya.

Semoga Kegiatan Peningkatan Pelayanan Masyarakat Miskin Belum Terintegrasi JKN Kabupaten Pelalawan dapat berjalan sesuai dengan harapan kita semua dan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsuhnya, baik gagasan pemikiran, tenaga dan kontribusi lainnya mendapatkan imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang Esa. Amiin.

BUPATI PELALAWAN, 


M. HARRIS