



WALIKOTA TEGAL

PERATURAN WALIKOTA TEGAL

NOMOR 21 TAHUN 2010

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
MISKIN DAERAH KOTA TEGAL TAHUN 2010

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA TEGAL,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pemenuhan hak atas jaminan kesehatan sebagai tanggung jawab bersama Pemerintah Kota Tegal dan masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di Kota Tegal perlu penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Kota Tegal;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana tersebut dalam huruf a perlu membentuk Peraturan Walikota Tegal tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Daerah Kota Tegal Tahun 2010;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan dalam Daerah Istimewa Yogyakarta;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah dan Jawa Barat;
3. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
5. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);

6.

6. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 116, Tambahan Lembaran Negara No. 4431);
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
8. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, tambahan Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
9. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 144 Tahun 2004, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1986 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal dan Kabupaten Daerah Tingkat II Tegal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1986 Nomor 8, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3321);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 2007 tentang Perubahan Batas Wilayah Kota Tegal dengan Kabupaten Brebes Provinsi Jawa Tengah di Muara Sungai Kaligangsa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4713);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
14. Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-Undangan;
15. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 10 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2009 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 25);

16.

16. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 1 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kota Tegal (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2003 Nomor 1) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 2 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 1 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kota Tegal (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2009 Nomor 2);
17. Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal Nomor 6 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas dan Luas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal dan Memberlakukan Semua Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal serta Keputusan Walikotamadya Kepala Daerah Tingkat II Tegal di Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal (Lembaran Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal Tahun 1989 Nomor 4);
18. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 5 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kota Tegal (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2008 Nomor 3);
19. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 16 Tahun 2008 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2008 Nomor 16);
20. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 73 Tahun 2010 tentang Petunjuk Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 10 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Provinsi Jawa Tengah;
21. Peraturan Walikota Tegal Nomor 35 Tahun 2008 tentang Sistem dan Prosedur Pengelolaan Keuangan Daerah Pemerintah Kota Tegal (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2008 Nomor 35);
22. Peraturan Walikota Tegal Nomor 1 Tahun 2009 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah Kota Tegal (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2009 Nomor 1);
23. Peraturan Walikota Tegal Nomor 27.A Tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 1 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kota Tegal sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 2 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 1 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kota Tegal (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2009 Nomor 27.A).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DAERAH KOTA TEGAL TAHUN 2010.

BAB I

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Tegal.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota Tegal dan perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Tegal.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Tegal.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Tegal.
6. Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah selanjutnya disingkat DPPKAD adalah Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kota Tegal.
7. Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Keluarga Berencana selanjutnya disingkat BPMPKB adalah Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Keluarga Berencana Kota Tegal.
8. Kepala BPMPKB adalah Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Keluarga Berencana Kota Tegal.
9. Kelurahan adalah wilayah kerja Lurah sebagai Perangkat Daerah dalam wilayah kerja Kecamatan.
10. Lurah adalah pemimpin dan koordinator penyelenggaraan pemerintahan di wilayah kerja Kelurahan.
11. Jaminan Kesehatan adalah suatu sistem untuk memberikan perlindungan dan pemeliharaan bagi masyarakat dengan prinsip kendali mutu dan biaya.
12. Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Daerah yang selanjutnya disingkat dengan Jamkesda adalah tata cara penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah yang dikelola oleh Tim Koordinasi Jamkesda.
13. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Pusat Kesehatan Masyarakat di lingkungan Pemerintah Daerah yang hanya melayani rawat jalan.
14. Pusat Kesehatan Masyarakat Rawat Inap yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Pusat Kesehatan Masyarakat di lingkungan Pemerintah Daerah yang melayani rawat inap dan rawat jalan.
15. Jaringan Puskesmas adalah Puskesmas Pembantu dan bidan praktek swasta yang memberikan pelayanan kesehatan/persalinan di wilayah kerja Puskesmas.
16. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai ke pelayanan tingkat lanjutan, di Puskesmas dan jaringannya, rumah sakit milik Pemerintah Daerah dan rumah sakit milik Pemerintah serta rumah sakit swasta.
17. Pemberi Pelayanan Kesehatan I yang selanjutnya disingkat PPK I adalah pemberi pelayanan kesehatan dasar, yaitu Puskesmas dan jaringannya.
18. Pemberi Pelayanan Kesehatan II yang selanjutnya disingkat PPK II adalah pemberi pelayanan kesehatan spesialisik yaitu rumah sakit rujukan tingkat pertama meliputi rumah sakit kelas C dan kelas D serta rumah sakit swasta yang setara.
19. Pemberi Pelayanan Kesehatan III yang selanjutnya disingkat PPK III adalah pemberi pelayanan kesehatan spesialisik lanjutan yaitu rumah sakit rujukan tingkat lanjut meliputi rumah sakit kelas B dan kelas A serta rumah sakit swasta yang setara.
20. Peserta Jamkesda yang selanjutnya disebut Peserta adalah setiap masyarakat dan/atau anggota keluarganya yang memenuhi ketentuan untuk dapat ikut serta Jamkesda serta berdomisili di wilayah Daerah.

21. Tim Koordinasi Jamkesda adalah Tim yang melaksanakan pengelolaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin Daerah, meliputi kegiatan manajemen kepesertaan, pelayanan, keuangan, perencanaan dan Sumber Daya Manusia, informasi, serta telaah hasil verifikasi.
22. Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh PPK.
23. Verifikator Independen adalah tenaga verifikasi Jamkesda yang bertugas melakukan verifikasi ajuan klaim biaya pelayanan rumah sakit umum yang telah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin peserta Jamkesda.
24. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat I adalah pelayanan kesehatan tingkat I yang dilaksanakan oleh Puskesmas secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan meliputi pelayanan kesehatan perseorangan dan masyarakat.
25. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat I adalah pelayanan kesehatan perorangan tingkat I yang dilaksanakan oleh Puskesmas Rawat Inap.
26. Surat Keterangan Tidak Mampu yang selanjutnya disingkat SKTM adalah surat keterangan tidak mampu yang dikeluarkan oleh Lurah dan direkomendasi oleh Kepala BPMPKB.
27. Implementasi Indonesia Diagnosis Related Group yang selanjutnya disingkat INA - DRG adalah suatu sistem klasifikasi kombinasi beberapa jenis dan prosedur/ tindakan pelayanan di suatu rumah sakit dengan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektifitas pelayanan terhadap pasien.
28. Kartu Peserta Jamkesda selanjutnya disebut Kartu Jamkesda adalah kartu yang dikeluarkan oleh Tim Koordinasi Jamkesda sebagai tanda kepesertaan Program Jamkesda bagi masyarakat miskin di wilayah Daerah.
29. Kartu Identitas/Tanda Pengenal Diri yang adalah kartu yang berisi data tentang diri seseorang, yang meliputi : nama, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan alamat berupa Kartu Tanda Penduduk/Kartu Keluarga.
30. Kartu Tanda Penduduk adalah identitas resmi penduduk sebagai bukti diri yang diterbitkan oleh instansi berwenang yang berlaku di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
31. Kartu Keluarga adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang nama, susunan dan hubungan dalam keluarga, serta identitas anggota keluarga.
32. Pengobatan alternatif adalah pengobatan non medis seperti pijat refleksi, akupuntur, shin she, supranatural/paranormal, dukun bayi dan lain-lain.

BAB II TUJUAN DAN SASARAN

Pasal 2

- (1) Tujuan umum penyelenggaraan Jamkesda adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta Jamkesda.
- (2) Tujuan khusus penyelenggaraan Jamkesda:
 - a. memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Daerah yang belum tercakup dalam Jamkesmas;
 - b. memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK Jamkesda;
 - c. mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta dan tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya;
 - d. terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Pasal 3

Pasal 3

Sasaran penyelenggaraan Jamkesda adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di Daerah yang belum tercakup dalam Jamkesmas, dan tidak termasuk penduduk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

BAB III KEBIJAKAN OPERASIONAL

Pasal 4

- (1) Jamkesda merupakan bantuan sosial yang diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang belum dijamin oleh Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan program jaminan kesehatan lainnya.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan peserta Jamkesda mengacu pada prinsip-prinsip:
 - a. dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin;
 - b. komprehensif sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional;
 - c. pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas;
 - d. efisien, transparan dan akuntabel.

BAB IV TATALAKSANA JAMKESDA

Pasal 5

Tatalaksana Kepesertaan Jamkesda sebagai berikut:

- a. kepesertaan Jamkesda akan dilakukan *updating* setiap 1 (satu) tahun di tingkat kelurahan ke bawah;
- b. data miskin diumumkan oleh kelurahan kepada masyarakat sehingga bila ada kekeliruan dapat segera divalidasi;
- c. sebelum tersedianya kartu Jamkesda, masyarakat miskin masih dapat dilayani dengan menggunakan SKTM yang dilengkapi dengan kartu identitas/tanda pengenal diri;
- d. bagi pasien yang dirawat inap di PPK I dan PPK II kelas III cukup menunjukkan kartu tanda identitas/pengenal diri;
- e. bagi pasien yang memerlukan pelayanan rujukan di PPK III selama kartu Jamkesda belum tersedia dapat meminta rekomendasi kepada BPMPKB dilengkapi dengan SKTM, surat rujukan dari PPK II serta kartu tanda identitas/pengenal diri.

Pasal 6

Tatalaksana Pelayanan Kesehatan Jamkesda sebagai berikut:

- a. dalam pelayanan kesehatan, PPK harus patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada termasuk standar obat (*formularium*) sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik;
- b. mekanisme administrasi klaim yang lebih terstandar, dengan pembayaran melalui Dinas Kesehatan bagi PPK I setelah diverifikasi oleh Tim Koordinasi Jamkesda dan bagi PPK II klaim diajukan ke Dinas Kesehatan setelah diverifikasi oleh Verifikator Independen;

c.

- c. pelayanan kesehatan di PPK I tidak termasuk pelayanan kesehatan dasar, karena pelayanan kesehatan ini sudah dijamin oleh Pemerintah Daerah;
- d. untuk pelayanan kesehatan di PPK II diberlakukan pola pembayaran dengan menerapkan INA-DRG;
- e. masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan rujukan ke PPK III, hanya dirujuk pada PPK III yang telah mengadakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Daerah.

Pasal 7

Tatalaksana Pendanaan Jamkesda sebagai berikut:

- a. dana yang disediakan tahun 2010 digunakan pula untuk membayar piutang RSUD Kardinah tahun 2009;
- b. penyaluran dana menggunakan sistem klaim melalui Dinas Kesehatan, kemudian Dinas Kesehatan mengajukan klaim tersebut kepada DPPKAD setiap bulannya;
- c. PPK III mengajukan klaim dana pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada Peserta Jamkesda ke PPK II yang merujuk, kemudian PPK II mengajukan klaim kepada DPPKAD melalui Dinas Kesehatan;
- d. proporsi iur biaya ke PPK III sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 8

Tatalaksana Manajemen dan Organisasi Jamkesda sebagai berikut:

- a. pengelolaan Jamkesda dilaksanakan oleh Tim Koordinasi Jamkesda;
- b. Tim Koordinasi Jamkesda mengadakan koordinasi dengan Tim Pengelola Jamkesda Provinsi Jawa Tengah dalam pelayanan kesehatan tingkat III;
- c. pengelolaan Jamkesda memperhatikan penyelenggaraan secara nirlaba, portabilitas, pelayanan terstruktur, transparan dan akuntabel;
- d. Verifikator Independen Jamkesda direkrut dan ditetapkan dengan Keputusan Walikota untuk selanjutnya dibuat perjanjian kerjasama.

BAB V PENGELOLAAN JAMKESDA

Bagian Kesatu Tim Koordinasi Jamkesda

Pasal 9

- (1) Pengelolaan Jamkesda dilaksanakan oleh Tim Koordinasi Jamkesda yang beranggotakan Satuan Kerja Perangkat Daerah terkait sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing.
- (2) Susunan keanggotaan Tim Koordinasi Jamkesda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

Bagian Kedua PPK

Pasal 10

- (1) PPK dalam Jamkesda adalah PPK yang memenuhi kriteria dan persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(2)

- (2) Tim Koordinasi Jamkesda dapat mengembangkan jaringan PPK berdasarkan kebutuhan.

Pasal 11

Dalam rangka pelaksanaan pengelolaan Jamkesda, Tim Koordinasi Jamkesda membuat perjanjian kerjasama dengan PPK I, PPK II dan PPK III yang diketahui Walikota.

Pasal 12

- (1) PPK baru yang berkeinginan bekerjasama dalam Jamkesda, mengajukan permohonan kepada Tim Koordinasi Jamkesda yang dilampiri dokumen terdiri dari:
 - a. profil PPK;
 - b. perizinan PPK pemohon (izin tetap atau izin operasional sementara);
 - c. penetapan kelas rumah sakit (kelas A, B, C atau D) dari Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan;
 - d. pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam Jamkesda.
- (2) Berdasarkan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Tim Koordinasi Jamkesda memberikan penilaian terhadap PPK pemohon dan apabila telah memenuhi persyaratan maka dibuat perjanjian kerjasama antara Tim Koordinasi Jamkesda dengan PPK yang diketahui Walikota.

Bagian Ketiga Verifikator Independen Jamkesda

Pasal 13

- (1) Pemerintah Daerah melakukan rekrutmen Verifikator Independen Jamkesda guna kelancaran dan tertib administrasi klaim atas biaya pelayanan kesehatan.
- (2) Tugas Verifikator Independen Jamkesda:
 - a. melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan;
 - b. melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan;
 - c. melaksanakan verifikasi administrasi keuangan.
- (3) Fungsi Verifikator Independen Jamkesda:
 - a. memastikan kebenaran dokumen identitas peserta Jamkesda;
 - b. memastikan adanya Surat Rujukan dari PPK;
 - c. memastikan dikeluarkannya rekap pertanggungjawaban keuangan oleh petugas rumah sakit sesuai dengan format paket yang ditetapkan;
 - d. memastikan kebenaran penulisan paket/diagnosa, prosedur dan nomor kode;
 - e. memastikan kebenaran besar tarif sesuai paket/diagnosa, prosedur dan nomor kode;
 - f. memastikan formulir laporan keuangan disetujui pimpinan PPK;
 - g. mengirim rekapitulasi laporan keuangan yang ditandatangani Direktur PPK kepada Penanggung Jawab Bidang Keuangan Jamkesda;
 - h. membuat laporan rekapitulasi laporan keuangan dan realisasi pembayaran pelayanan PPK kepada Tim Koordinasi Jamkesda.
- (4) Selama Pemerintah Daerah belum melakukan rekrutmen Verifikator Independen Jamkesda, maka pelaksanaan verifikasi dilakukan oleh Verifikator Independen Jamkesmas yang ada di PPK II dengan memperoleh imbalan berupa honor dari Pemerintah Daerah.

BAB VI KEPESERTAAN JAMKESDA

Pasal 14

- (1) Peserta adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang belum dijamin dalam Jamkesmas dan program jaminan kesehatan lainnya.
- (2) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperoleh Kartu Jamkesda yang diterbitkan oleh BPMPKB.
- (3) Daftar Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (4) Perubahan daftar Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun.

Pasal 15

Bagi bayi yang terlahir dari keluarga Peserta, diatur ketentuan sebagai berikut:

- a. bayi dengan usia 0 hari sampai dengan 100 hari otomatis menjadi Peserta dan berhak mendapatkan hak kepesertaan selama orangtua bayi tersebut sebagai Peserta;
- b. apabila bayi sebagaimana dimaksud pada huruf a membutuhkan pelayanan kesehatan, dapat langsung diberikan dengan menggunakan Kartu Jamkesda orang tuanya;
- c. Bayi dengan usia di atas 100 hari wajib diajukan sebagai Peserta, yang untuk selanjutnya diadakan perubahan daftar Peserta Jamkesda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (4).

Pasal 16

- (1) Petugas Pendaftaran di PPK I dan PPK II melakukan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesda dari peserta yang berobat.
- (2) Verifikasi kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan dokumen kartu identitas diri berupa Kartu Keluarga/Kartu Tanda Penduduk/kartu identitas lainnya untuk pengecekan kebenarannya.
- (3) Verifikasi kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bagi bayi baru lahir, dilengkapi dengan surat keterangan lahir.

Pasal 17

- (1) Apabila Kartu Jamkesda yang dimiliki Peserta hilang atau rusak, Peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan dilakukan pengecekan *database* kepesertaan oleh Petugas Pendaftaran baik di PPK I maupun PPK II dan untuk selanjutnya yang bersangkutan melaporkan kehilangan atau kerusakan Kartu Jamkesda tersebut ke BPMPKB.
- (2) Kartu Jamkesda yang hilang dilaporkan oleh Peserta kepada BPMPKB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai surat keterangan kehilangan dari kepolisian.

Pasal 18

Bagi Peserta yang pindah domisili ke luar Daerah, maka hak kepesertaan Jamkesda dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

BAB VII
PELAYANAN KESEHATAN JAMKESDA

Bagian Kesatu
Ketentuan Umum

Pasal 19

- (1) Setiap Peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan, meliputi:
 - a. rawat jalan tingkat pertama (RJTP) yaitu pelayanan kesehatan tingkat I yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan jaringannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan meliputi pelayanan kesehatan perseorangan dan masyarakat;
 - b. rawat inap tingkat pertama (RITP) yaitu pelayanan kesehatan perorangan tingkat I yang dilaksanakan oleh Puskesmas Rawat Inap;
 - c. rawat jalan tingkat lanjutan II (RJTL) yaitu pelayanan kesehatan spesialisik yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat II yaitu Rumah Sakit rujukan tingkat pertama di RSUD Kardinah;
 - d. rawat inap tingkat lanjutan II (RITL) yaitu pelayanan kesehatan spesialisik yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat II yaitu Rumah Sakit rujukan tingkat pertama di RSUD Kardinah;
 - e. rawat jalan tingkat lanjutan III (RJTL III) yaitu pelayanan kesehatan spesialisik lanjutan, yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat III yaitu Rumah Sakit rujukan tingkat lanjutan meliputi Rumah sakit klas B dan A serta Rumah Sakit Swasta yang setara, yang tidak memerlukan rawat inap;
 - f. rawat inap lanjutan tingkat III (RITL III) yaitu pelayanan kesehatan spesialisik lanjutan, yang dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat III yaitu Rumah Sakit rujukan tingkat lanjutan meliputi Rumah sakit klas B dan A serta Rumah Sakit Swasta yang setara, yang memerlukan rawat inap;
 - g. pelayanan gawat darurat yaitu perawatan kesehatan yang bersifat mendadak dan membutuhkan penanganan segera.
- (2) Untuk mendapat pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), status kepesertaan Jamkesda harus ditetapkan sejak awal dengan merujuk pada Kartu Jamkesda atau *database* kepesertaan Jamkesda sesuai dengan daftar Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (3).
- (3) Manfaat jaminan yang diberikan kepada Peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
- (4) Pelayanan kesehatan dalam Jamkesda menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
- (5) Pemberian pelayanan kesehatan kepada Peserta oleh PPK harus dilakukan secara efisien dan efektif dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

Pasal 20

- (1) Pelayanan kesehatan tingkat I diberikan di Puskesmas yang berupa pelayanan kesehatan lanjutan tingkat I dan rawat inap tingkat I.
- (2) Untuk pelayanan kesehatan persalinan normal dapat dilayani oleh dokter atau bidan praktek swasta yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Daerah.
- (3) Klaim biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diajukan kepada Dinas Kesehatan melalui Puskesmas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 21

Pasal 21

- (1) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat II (rawat jalan dan rawat inap) berdasarkan rujukan PPK I diberikan di PPK II Jaringan Jamkesda yang melakukan kerja sama.
- (2) Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruang rawat inap kelas III dan tidak diperkenankan pindah, kecuali atas kebijakan Direktur atau Kepala PPK karena kelas III sudah penuh dan tidak dapat menampung pasien baru lagi.

Pasal 22

- (1) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat III berdasarkan rujukan PPK II kepada PPK III yang merupakan jaringan Jamkesda Provinsi Jawa Tengah.
- (2) Pelayanan kesehatan lanjutan tingkat III sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan setelah ada perjanjian kerja sama dengan Pemerintah Daerah.

Pasal 23

- (1) Pada keadaan gawat darurat, seluruh PPK wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada peserta Jamkesda walaupun tidak sebagai PPK Jaringan Jamkesda.
- (2) PPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) segera merujuk ke PPK Jaringan Jamkesda untuk penanganan lebih lanjut.

Bagian Kedua Prosedur Pelayanan

Pasal 24

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan tingkat I:

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat I di Puskesmas dan jaringannya harus menunjukkan Kartu Jamkesda dan data pendukung berupa kartu identitas/tanda bukti diri.
- b. Pelayanan persalinan normal dibayarkan secara paket sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 25

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan tingkat II:

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat II (RJTL dan RITL) dirujuk dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat II dilengkapi dengan Kartu Jamkesda dan surat rujukan yang harus ditunjukkan sejak awal (sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan);
- b. pada kasus *emergency*, Peserta tidak memerlukan surat rujukan dari PPK I, cukup rujukan dari UGD PPK II;
- c. bayi-bayi yang terlahir dari keluarga Peserta secara otomatis menjadi Peserta dengan merujuk pada Kartu Jamkesda orang tuanya;
- d. bayi berumur 0 hari sampai dengan 100 hari yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat II (RJTL dan RITL), dapat langsung diberikan pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jamkesda orang tuanya yang dilampiri surat kenal lahir dan Kartu Keluarga orang tuanya;
- e. orangtua bayi sebagaimana dimaksud pada huruf d wajib melaporkan pada Lurah untuk diusulkan memperoleh kartu peserta Jamkesda kepada BPMPKB.

f.....

- f. pelayanan persalinan normal dibayarkan sesuai tarif INA-DRG, akan tetapi apabila bayi mempunyai kelainan dan memerlukan pelayanan khusus dapat diklaim terpisah sesuai diagnosanya;
- g. untuk kasus kronis dan perlu perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 3 (tiga) bulan;
- h. pada keadaan gawat darurat, apabila Peserta setelah penanganan kegawat-daruratannya memerlukan rawat inap namun identitas kepesertaannya belum lengkap, maka yang bersangkutan diberi waktu 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapinya atau status kepesertaannya dapat merujuk pada *database* kepesertaan;
- i. 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 meski telah diberlakukan INA-DRG, agar terjadi efisiensi pelayanan, pemberian obat didorong agar menggunakan obat generik di rumah sakit;
 - 2) apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana dimaksud pada huruf 1), maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait dan tidak dibebankan kepada pasien;
 - 3) pemberian obat untuk pasien diberikan untuk 3 (tiga) hari, kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis yang dilakukan dengan efisien dan mengacu pada *clinical pathway*;
- j. pelayanan kesehatan RJTL dan RITL di rumah sakit dilakukan secara terpadu, sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut INA-DRG, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa yang tepat sesuai ICD-10 dan ICD-9 sebagai dasar penetapan kode INA-DRG, dan dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (resume medik);
- k. pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks dengan *severity level-3* menurut kode INA-DRG, selain harus dilengkapi dengan ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf j, juga harus mendapatkan pengesahan dari komite medik atau direktur pelayanan atau supervisor yang ditunjuk dan diberi tanggung jawab oleh rumah sakit (PPK II);
- l. pasien yang masuk ke instalasi rawat inap melalui instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim menggunakan 1 (satu) kode INA-DRG dengan jenis pelayanan rawat inap;
- m. pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan 2 (dua) atau lebih diagnosa akan tetapi diagnosa tersebut merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya, maka diklaimkan menggunakan 1 (satu) kode INA-DRG;
- n. 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, sedangkan setiap pasien yang datang untuk kontrol ulang di instalasi rawat jalan, diagnosa utamanya menggunakan kode Z;
- o. pelayanan rumah sakit diharapkan dapat dilakukan dengan *cost efficient* dan *cost effective* agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-DRG;
- p. dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada Peserta, PPK tidak boleh membebankan biaya kepada Peserta dengan alasan apapun.

Pasal 26

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan tingkat III:

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan III (RJTL dan RITL) dirujuk dari PPK II ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan III dilengkapi dengan Kartu Jamkesda dan surat rujukan yang harus ditunjukkan sejak awal;
 - b.

- b. PPK III adalah pemberi pelayanan kesehatan tingkat Provinsi Jawa Tengah yang mengadakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Daerah.

Bagian Ketiga
Manfaat

Pasal 27

Manfaat pelayanan kesehatan yang disediakan bagi peserta bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.

Bagian Keempat
Pelaksana Pelayanan Kesehatan

Pasal 28

- (1) Pelaksana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 adalah PPK I yang meliputi:
- a. rawat jalan lanjutan tingkat pertama (RJTP), dilaksanakan oleh puskesmas dan jaringannya;
 - b. rawat inap tingkat pertama (RITP), dilaksanakan pada puskesmas rawat inap, terdiri dari:
 - 1) akomodasi rawat inap termasuk makan pasien;
 - 2) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - 3) laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin);
 - 4) tindakan medis kecil;
 - 5) pemberian obat;
 - 6) persalinan normal dan dengan penyulit (PONED);
 - c. persalinan normal dapat dilakukan di puskesmas dan bidan praktek swasta;
 - d. pelayanan gawat darurat.
- (2) Jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh PPK I:
- a. puskesmas dan jaringannya, meliputi pelayanan rawat jalan untuk semua pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, dana Jamkesda dapat dimanfaatkan untuk biaya pengganti Jasa Pelayanan (JP) yang seharusnya dibayarkan oleh Peserta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehingga Peserta mempunyai hak yang sama dengan pasien lain.
 - b. puskesmas rawat inap, meliputi semua pelayanan kesehatan di puskesmas rawat inap, dana Jamkesda dapat dipakai untuk biaya pengganti yang harus dibayarkan Peserta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dengan memperhitungkan:
 - 1) akomodasi dan makan pasien;
 - 2) makan petugas jaga;
 - 3) kebutuhan bahan habis pakai, *reagensia*;
 - 4) Jasa Pelayanan;sampai dengan *unit cost* yang ditetapkan, yaitu sebesar Rp. 125.000,- (seratus dua puluh lima ribu rupiah) per hari per pasien.
 - c. pertolongan persalinan:
 - 1) puskesmas/puskesmas rawat inap dan jaringannya, dana Jamkesda digunakan untuk membayar Jasa pelayanan (JP) persalinan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - 2) di dokter dan bidan praktek swasta, dana Jamkesda digunakan untuk mengganti biaya paket persalinan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu sebesar Rp. 350.000,- (tiga ratus lima puluh ribu rupiah) per paket persalinan.

Pasal 27

Pasal 29

Pelaksana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 adalah PPK II, yang meliputi:

- a. rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dilaksanakan pada poliklinik spesialis PPK Tingkat II, terdiri dari:
 - 1) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum;
 - 2) rehabilitasi medik;
 - 3) penunjang diagnostik, yaitu laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
 - 4) tindakan medis kecil dan sedang;
 - 5) pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 - 6) pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (kontrasepsi disediakan BPMPKB);
 - 7) pemberian obat dan pelayanan darah;
 - 8) pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit;
- b. rawat inap tingkat lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III PPK II, terdiri dari:
 - 1) akomodasi rawat inap pada kelas III;
 - 2) konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - 3) penunjang diagnostik, yaitu laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
 - 4) tindakan medis;
 - 5) operasi sedang dan besar;
 - 6) pelayanan rehabilitasi medik;
 - 7) perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU);
 - 8) Pemberian obat mengacu *formularium* rumah sakit yang bersangkutan;
 - 9) pelayanan darah;
 - 10) bahan dan alat kesehatan habis pakai;
 - 11) persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK);
 - 12) *haemodialisa*;
- c. Pelayanan gawat darurat (*emergency*) kriteria gawat darurat:
 - 1) kecelakaan/ruda paksa, termasuk kecelakaan kerja;
 - 2) serangan jantung;
 - 3) panas tinggi di atas 39° C atau disertai kejang demam;
 - 4) perdarahan hebat;
 - 5) muntaber disertai dehidrasi sedang/berat, mual dan muntah pada ibu hamil disertai dehidrasi sedang/berat;
 - 6) sesak napas;
 - 7) kehilangan kesadaran;
 - 8) nyeri kolik;
 - 9) keadaan gelisah pada penderita gangguan jiwa;
 - 10) alergi obat, luka bakar, kejang demam, dan lain-lain.

Bagian Kelima Pelayanan Kesehatan Yang Dibatasi

Pasal 30

Pelayanan Kesehatan yang dibatasi pada Jamkesda:

- a. kacamata diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan lensa koreksi paling sedikit +1/-1, atau lebih sama dengan +0,50 *cylindris* karena kelainan *cylindris* (*astigmat* sudah mengganggu penglihatan), dengan nilai paling besar Rp. 150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan resep dokter;

b.

- b. alat bantu dengar diberikan penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien dan ketersediaan alat di Daerah;
- c. alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui komite medik atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi sosial Peserta tersebut, pemilihan alat bantu gerak didasarkan pada harga dan ketersediaan alat yang paling efisien di Daerah;
- d. kacamata, alat bantu dengar dan alat bantu gerak sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b dan huruf c disediakan oleh rumah sakit bekerjasama dengan pihak-pihak lain dan diklaimkan terpisah dari paket INA-DRG setelah diverifikasi oleh Verifikator Independen.

Bagian Keenam
Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin

Pasal 31

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin pada Jamkesda :

- a. pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
- b. bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
- c. *general check up*;
- d. *prothesis* gigi tiruan;
- e. pengobatan alternatif dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
- f. rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
- g. pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;
- h. pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial;
- i. pelayanan penunjang diagnostik canggih, pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus *life-saving* dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh komite medik.

Bagian Ketujuh
Alat Medis Habis Pakai dan Biaya yang Dapat Diklaim Terpisah

Pasal 32

- (1) Alat medis habis pakai dan biaya yang dapat diklaim terpisah, terdiri dari:
- a. Intra Ocular Lens (IOL);
 - b. J stent (urologi);
 - c. stent arteri (jantung);
 - d. VP shunt (neurologi);
 - e. mini plate (gigi);
 - f. implant spine dan non spine (orthopedi);
 - g. prothesa (kusta);
 - h. alat vitrektomi (mata);
 - i. pompa kelasi (thalasemi);
 - j. kateter double lumen (haemodialisa);
 - k. implant (rekonstruksi kosmetik);
 - l. stent (bedah, tht, kebidanan);
 - m. biaya obat thalasemi, obat hemofili, dan obat kanker.

(2)

- (2) Untuk biaya pasien kesehatan jiwa menggunakan paket 3 (tiga) kali ALOS, diklaim sebesar 1 (satu) kali tarif INA-DRG dan setelah itu dihitung biaya per hari sebesar Rp. 90.000,- (sembilan puluh ribu rupiah) per hari, dengan ketentuan sebagai berikut:
- 1) termin I (hari ke-1 – hari ke-35) : tarif INA-DRG
 - 2) termin II (hari ke-36 – hari ke-103) : Rp. 90.000,-
 - 3) termin III (hari ke-104 – hari ke-180) : Rp. 45.000,-
- (3) Untuk biaya pelayanan kusta menggunakan paket 3 (tiga) kali ALOS, diklaim sebesar 1 (satu) kali tarif INA-DRG dan setelah itu dihitung biaya per hari sebesar Rp. 50.000,- (lima puluh ribu rupiah) per hari, dengan ketentuan sebagai berikut:
- 1) termin I (hari ke-1 – hari ke-35) : tarif INA-DRG
 - 2) termin II (hari ke-36 – hari ke-103) : Rp. 50.000,-
 - 3) termin III (hari ke-104 – hari ke-180) : Rp. 25.000,-

BAB VIII VERIFIKASI PELAKSANAAN JAMKESDA

Pasal 33

- (1) Verifikasi pelaksanaan Jamkesda terdiri dari:
- a. Pelaksana verifikasi di Puskesmas oleh Tim Koordinasi Jamkesda;
 - b. Pelaksana verifikasi di PPK Lanjutan oleh Verifikator Independen.
- (2) Verifikasi pelayanan kesehatan dalam Jamkesda terdiri dari:
- a. verifikasi administrasi kepesertaan, meliputi kartu peserta dan surat rujukan;
 - b. administrasi pelayanan, meliputi nama pasien, nama dokter penanggung jawab, tanda tangan dokter penanggung jawab, surat rujukan, tanda tangan komite medik atau direktur, supervisor yang ditunjuk untuk dan yang diberi tanggung jawab oleh rumah sakit;
 - c. administrasi keuangan, meliputi bukti pembayaran tarif paket INA-DRG dilampiri dengan form 1a (rawat jalan) dan 2a (rawat inap).
- (3) Verifikator Independen dalam melaksanakan tugas berada di bawah koordinasi dan pembinaan Tim Koordinasi Jamkesda.

BAB IX INDIKATOR KEBERHASILAN

Pasal 34

- (1) Indikator keberhasilan dan pencapaian penyelenggaraan Jamkesda diukur dengan indikator *input*, indikator proses dan indikator *output*.
- (2) Indikator *input* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. tersedianya *database* kepesertaan Jamkesda;
 - b. tersedianya jaringan PPK;
 - c. tersedianya pedoman pelaksanaan (manlak) dan petunjuk teknis (juknis) penyelenggaraan Jamkesda;
 - d. adanya Tim Koordinasi Jamkesda di Dinas Kesehatan;
 - e. adanya Verifikator Independen di semua PPK lanjutan;
 - f. tersedianya Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk penyelenggaraan Jamkesda sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan;
 - g. tersedianya sistem informasi manajemen Jamkesda Daerah.
- (3) Indikator proses sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. terlaksananya pemutakhiran data kepesertaan di seluruh wilayah Daerah;
 - b.

- b. terlaksananya pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutu di rumah sakit;
 - c. terlaksananya distribusi dana luncheon sesuai kebutuhan PPK;
 - d. terlaksananya INA-DRG sebagai dasar pembayaran dan pertanggungjawaban pemanfaatan dana Jamkesda di PPK II;
 - e. terlaksananya verifikasi pertanggungjawaban pemanfaatan dana Jamkesda di PPK II;
 - f. terlaksananya penyampaian pertanggungjawaban pemanfaatan dana dari PPK;
 - g. terlaksananya pelaporan penyelenggaraan Jamkesda secara periodik;
 - h. terlayannya peserta Jamkesda di seluruh PPK.
- (4) Indikator *output* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. terdistribusinya Kartu Jamkesda sebesar 100% (seratus persen) berdasarkan *database* kepesertaan Jamkesda yang mutakhir;
 - b. rumah sakit yang melaksanakan INA-DRG sejumlah 100% (seratus persen);
 - c. tidak ada penolakan Peserta yang membutuhkan pelayanan kesehatan;
 - d. tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesda;
 - e. terpenuhinya kecukupan dana dalam penyelenggaraan Jamkesda.

BAB X PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 35

- (1) Pemantauan Jamkesda bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang kelancaran dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Jamkesda.
- (2) Evaluasi Jamkesda bertujuan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan pelaksanaan Jamkesda.
- (3) Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi:
 - a. *database* kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesda, dokumentasi dan penanganan keluhan;
 - b. pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta Jamkesda ke PPK I dan PPK II;
 - c. pelaksanaan penyaluran dana meliputi penyaluran dana ke Puskesmas, verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana ke rumah sakit serta laporan pertanggungjawaban keuangan.
- (4) Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulanan, semester maupun tahunan, melalui:
 - a. pertemuan dan koordinasi;
 - b. pengelolaan pelaporan Jamkesda (pengolahan dan analisis);
 - c. kunjungan lapangan dan supervisi;
 - d. penelitian langsung (survei/kajian).
- (5) Tim Koordinasi Jamkesda sesuai bidang tanggung jawabnya melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap seluruh PPK di wilayahnya yang bekerjasama dalam penyelenggaraan Jamkesda, termasuk memastikan berjalannya proses verifikasi pertanggungjawaban PPK oleh Verifikator Independen.
- (6) Hasil pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilaporkan secara berjenjang kepada Walikota melalui Koordinator Tim Koordinasi Jamkesda untuk dianalisa lebih lanjut dan hasilnya diumpankan ke Tim koordinasi Jamkesda.

BAB XI PENANGANAN KELUHAN

Pasal 36

Pasal 36

- (1) Penyampaian keluhan atau pengaduan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima pelayanan, masyarakat pemerhati dan petugas pemberi pelayanan serta pelaksana penyelenggara Jamkesda.
- (2) Penyampaian keluhan atau pengaduan merupakan umpan balik bagi semua pihak untuk perbaikan pelaksanaan Jamkesda.
- (3) Penanganan keluhan atau pengaduan dilakukan dengan menerapkan prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. semua keluhan atau pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikannya;
 - b. untuk menangani keluhan atau pengaduan dibentuk Unit Pengaduan Masyarakat yang merupakan anggota Tim Koordinasi Jamkesda atau memanfaatkan unit yang telah ada di PPK I dan PPK lanjutan atau Dinas Kesehatan;
 - c. penanganan keluhan dilakukan secara berjenjang dari Unit Pengaduan Masyarakat yang telah ada dan apabila belum terselesaikan dapat dirujuk ke tingkat yang lebih tinggi.

BAB XII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 37

- (1) Pembinaan dilakukan secara berjenjang oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (2) Pelaksanaan pengawasan penyelenggaraan Jamkesda dilakukan oleh aparat pengawasan fungsional.

BAB XIII PELAPORAN

Pasal 38

- (1) Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi, dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Jamkesda secara rutin setiap bulan.
- (2) Laporan dari PPK yang ikut Jamkesda dikirimkan ke Tim Koordinasi Jamkesda untuk direkap dan diolah yang selanjutnya dikirimkan ke kepala Dinas Kesehatan untuk dilaporkan secara berjenjang kepada Walikota.
- (3) Tim koordinasi Jamkesda membuat dan mengirimkan umpan balik pelaporan ke PPK.

BAB XIV PENDANAAN JAMKESDA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 39

- (1) Pendanaan Jamkesda merupakan jenis belanja bantuan sosial.

(2)

- (2) Pembayaran ke PPK I dan PPK II berdasarkan klaim yang dilakukan setiap bulan kepada DPPKAD melalui Dinas Kesehatan.
- (3) Pembayaran kepada PPK III diklaimkan kepada DPPKAD melalui Dinas Kesehatan oleh PPK II yang merujuk.
- (4) Besaran biaya yang dibayarkan kepada PPK III sesuai dengan ketentuan pada perjanjian kerjasama antara PPK III dan Pemerintah Daerah.
- (5) Peserta tidak boleh dikenakan biaya dengan alasan apapun.

Pasal 40

Sumber Dana berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang digunakan untuk:

- a. masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu yang menjadi Peserta;
- b. Membayar piutang RSUD Kardinah Tahun Anggaran 2009;
- c. penanggungungan paket biaya transportasi *ambulance* rujukan dari PPK II ke PPK III dan apabila diperlukan maka transportasi pemulangan Peserta dari PPK III ke PPK II dibebankan kepada Pemerintah Daerah.

Bagian Kedua Jenis Pendanaan Jamkesda

Pasal 41

Pendanaan Jamkesda dibagi dalam 2 (dua) bagian, yaitu:

- a. dana pelayanan kesehatan langsung;
- b. dana pelayanan kesehatan tidak langsung (operasional manajemen).

Pasal 42

- (1) Dana pelayanan kesehatan langsung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 huruf a adalah dana yang langsung diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan Peserta.
- (2) Dana pelayanan kesehatan langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan bagi:
 - a. biaya pelayanan kesehatan di PPK I (Puskesmas dan Jaringannya);
 - b. biaya pelayanan rawat inap di Puskesmas rawat inap;
 - c. biaya pelayanan kesehatan di PPK II;
 - d. biaya pelayanan kesehatan di PPK III;
 - e. paket biaya transportasi *ambulance* rujukan dari PPK II ke PPK III atau sebaliknya.

Pasal 43

- (1) Dana pelayanan kesehatan tidak langsung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 huruf b adalah dana yang diperuntukkan bagi operasional manajemen Tim Koordinasi Jamkesda dalam menunjang kelancaran pelayanan kesehatan langsung oleh PPK.
- (2) Dana pelayanan kesehatan tidak langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan bagi kegiatan sebagai berikut :
 - a. penggandaan buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesda;
 - b. advokasi dan sosialisasi pelaksanaan Jamkesda;
 - c. pembayaran honor operasional Tim Koordinasi Jamkesda;
 - d. perencanaan dan pengembangan Jamkesda;
 - e. pembayaran honor Verifikator Independen di PPK II;
 - f. pembayaran honor petugas pendaftaran dan keabsahan peserta.

Bagian Ketiga

Bagian Ketiga
Penyaluran Dana Jamkesda

Pasal 44

Penyaluran dana Jamkesda sebagai berikut:

- a. dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK I, PPK II dan PPK III dibayarkan oleh DPPKAD melalui Dinas Kesehatan memasukkan ke rekening masing-masing PPK setelah ada klaim dari PPK I, PPK II dan PPK III disertai dengan laporan jumlah dan jenis pelayanan yang diberikan yang dilakukan setiap bulan;
- b. DPPKAD mengirimkan laporan penggunaan dana pelayanan kesehatan langsung kepada Dinas Kesehatan secara periodik;
- c. dana pelayanan kesehatan tidak langsung disalurkan melalui Dinas Kesehatan.

Bagian Keempat
Pencairan, Pemanfaatan dan Pertanggungjawaban
Dana Pelayanan Kesehatan Langsung

Pasal 45

- (1) Pencairan dana pelayanan kesehatan langsung pada Puskesmas:
 - a. Puskesmas mengajukan klaim dana pelayanan kesehatan langsung kepada Dinas Kesehatan dengan disertai laporan pelayanan;
 - b. setelah melakukan verifikasi atas klaim Puskesmas, Dinas Kesehatan meneruskan ajuan klaim Puskesmas kepada DPPKAD.
- (2) Pencairan, pemanfaatan dan pertanggungjawaban dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK II:
 - a. PPK II mengajukan klaim dana pelayanan kesehatan langsung dan biaya pelayanan rujukan PPK III kepada DPPKAD melalui Dinas Kesehatan sesuai dengan tarif INA – DRG;
 - b. selanjutnya pertanggungjawaban secara lengkap dana pelayanan kesehatan langsung pada PPK II berupa rekapitulasi INA-DRG yang telah ditandatangani oleh petugas rumah sakit;
 - c. pertanggungjawaban atas dana pelayanan kesehatan langsung menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani direktur PPK II dan Verifikator Independen;
 - d. pelaporan pertanggungjawaban keuangan disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di PPK II meliputi kunjungan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), kunjungan kasus rawat inap tingkat lanjutan (RITL) disertai dengan karakteristik pasien dan sepuluh penyakit terbanyak yang untuk selanjutnya PPK II mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Koordinasi Jamkesda.

BAB XV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 46

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Agar

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah.

Ditetapkan di Tegal
pada tanggal 2 September 2010

WALIKOTA TEGAL,

ttd

IKMAL JAYA

Diundangan di Tegal
pada tanggal 2 September 2010

SEKRETARIS DAERAH KOTA TEGAL

ttd

EDY PRANOWO

BERITA DAERAH KOTA TEGAL TAHUN 2010 NOMOR 21