



BUPATI KARANGANYAR PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI KARANGANYAR
NOMOR 124 TAHUN 2017
TENTANG

PETUNJUK PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI KARANGANYAR,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka melindungi kesehatan penduduk miskin Kabupaten Karanganyar dan untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan termasuk penanganan kesehatan jiwa, maka diperlukan petunjuk pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Karanganyar;
 - b. bahwa Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 130 Tahun 2016 tentang Petunjuk Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Karanganyar, dipandang sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan keadaan, sehingga perlu ditinjau kembali dan disesuaikan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana tersebut huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Petunjuk Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

7. 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 tentang Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
9. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
14. 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 4 Tahun 2017 tentang Perubahan 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);
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional;

16. Peraturan Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 12 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Unit Pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar (Lembaran Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2010 Nomor 12);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 3 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (Lembaran Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2016 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2016 Nomor 55);
18. Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 61 Tahun 2010 tentang Petunjuk Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 41 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 61 Tahun 2010 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Karanganyar Nomer 12 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar (Berita Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013 Nomor 41);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Karanganyar.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai Unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin Pelaksanaan Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Daerah Otonom.
3. Bupati adalah Bupati Karanganyar.
4. Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disebut OPD adalah organisasi atau lembaga pada Pemerintah daerah yang bertanggung jawab kepada kepala daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

7. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebut JKN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.
8. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah suatu tata cara pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah oleh penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah, berupa jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, di luar Jaminan Kesehatan Nasional atau asuransi lainnya.
9. Penyakit Katastropik adalah penyakit yang karena sifat dan karakteristiknya memerlukan keahlian khusus, menggunakan alat kesehatan canggih dan/atau memerlukan pelayanan kesehatan seumur hidup sehingga berakibat pada biaya pelayanan kesehatan yang tinggi.
10. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
11. Penduduk miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian, tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.
12. Penduduk rentan miskin adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji, atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.
13. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
14. Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah adalah pengelola Jamkesda yang dibentuk dengan Keputusan Bupati Karanganyar.
15. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut PPK adalah fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai dengan pelayanan rujukan.
16. Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat dasar adalah Unit Pelayanan Teknis Dinas (UPT Puskesmas dan Jaringan).
17. Pemberi Pelayanan Kesehatan rujukan adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar, Rumah sakit lain di dalam wilayah Daerah yang bekerjasama dan Rumah sakit di luar wilayah Daerah yang ditunjuk bekerja sama.
18. Tarif Indonesia *Case Base Groups* yang selanjutnya disingkat INA-CBGs adalah sistem pembayaran dengan paket pelayanan kesehatan di rumah sakit berdasarkan penyakit dan atau diagnosa yang diderita pasien, dengan mengacu Peraturan perundangan yang berlaku.
19. Verifikator Jamkesda adalah tenaga yang berwenang memverifikasi klaim pelayanan Jamkesda.
20. Surat Keterangan Tidak Mampu yang selanjutnya disebut SKTM adalah surat keterangan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Desa/Kelurahan bagi masyarakat yang tidak mampu.

21. Satgas Kemiskinan Desa/Kelurahan adalah perangkat desa/kelurahan yang ditunjuk oleh Dinas Sosial sebagai satuan petugas kemiskinan di tingkat desa/kelurahan.
22. Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan yang selanjutnya disebut TKSK adalah petugas yang ditunjuk Dinas Sosial di tingkat kecamatan dan berada di kecamatan.
23. 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam pada hari kerja adalah waktu yang dibutuhkan oleh pemohon untuk mendapatkan rekomendasi pelayanan Jamkesda terhitung sejak tanggal perawatan, dikecualikan hari libur kerja Dinas Kesehatan.

BAB II PRINSIP, ASAS DAN TUJUAN

Pasal 2

Penyelenggaraan Jamkesda mengacu pada prinsip-prinsip, sebagai berikut :

- a. dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan 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; dan
- d. efisien, transparan, dan akuntabel.

Pasal 3

Jamkesda diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan.

Pasal 4

Tujuan Jamkesda adalah untuk:

- a. melindungi kesehatan masyarakat;
- b. mengimplementasikan dan mengembangkan Sistem Jaminan Kesehatan;
- c. meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada penduduk miskin di Daerah;
- d. meningkatkan pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk miskin;
- e. meningkatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan rujukan bagi penduduk miskin di Rumah Sakit; dan
- f. menjamin keterjangkauan penduduk miskin atas akses pelayanan kesehatan secara optimal dan bermutu.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 5

- (1) Jamkesda hanya diperuntukkan bagi penduduk Daerah yang memiliki Kartu Karanganyar Sehat atau SKTM.

- (2) Jamkesda hanya memberikan jaminan pada :
 - a. Pelayanan kesehatan dasar pada Puskesmas di Daerah; dan
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan pada RSUD dan/atau rumah sakit lain di Daerah yang bekerjasama.
- (3) Dikecualikan pelayanan rujukan sebagaimana pada ayat 2 huruf (b), Daerah bekerjasama dengan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta untuk penanganan penduduk dengan masalah kesehatan jiwa

BAB IV KEPESERTAAN DAN PENJAMINAN

Bagian Kesatu Kepesertaan

Pasal 6

- (1) Kepesertaan Jamkesda meliputi :
 - a. Penduduk miskin yang memiliki Kartu Karanganyar Sehat (KKS);
 - b. Penduduk miskin yang memiliki SKTM yang dikeluarkan oleh Pemerintah Desa/Kelurahan berdasarkan penetapan kriteria miskin oleh satuan petugas kemiskinan desa/kelurahan;
 - c. Bayi baru lahir dari peserta PBI yang preminya dibayar oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah yang belum dimasukkan dalam integrasi JKN;
 - d. Bayi baru lahir yang berasal dari orang tua penduduk miskin termasuk bayi baru lahir dari peserta PBI sebagaimana pada huruf c diberikan jaminan pada kelahiran anak pertama, kedua, dan ketiga.
- (2) Kepesertaan Jamkesda akan diintegrasikan ke Jaminan Kesehatan Nasional secara bertahap sampai tahun 2019.
- (3) SKTM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b berlaku sampai dengan 31 Desember tahun berjalan.

Pasal 7

Mekanisme penerbitan SKTM sebagai berikut :

- a. Pemohon atau Penduduk yang akan mengajukan SKTM harus datang ke Desa/Kelurahan, dengan menunjukkan :
 1. Identitas penduduk berupa KTP yang masih berlaku dan/atau akta kelahiran dan/atau surat lahir dan fotokopy 1 lembar;
 2. Kartu Keluarga asli dan fotokopy 1 lembar; dan
 3. Surat pengantar dari Ketua RT dan diketahui oleh Ketua RW.
- b. Satgas Kemiskinan Desa/Kelurahan melakukan verifikasi dan validasi status kemiskinan melalui penelitian terhadap berkas pemohon.
- c. Satgas kemiskinan membuat SKTM dan disahkan Kepala Desa/Lurah setelah sesuai dengan status kemiskinan.

Pasal 8

Data SKTM yang dikeluarkan oleh Pemerintah Desa/Kelurahan harus dilaporkan ke Dinas Sosial melalui TKSK setiap bulan sekali yaitu maksimal tanggal 5 (lima) bulan berikutnya.

Bagian Kedua Penjaminan

Pasal 9

Persyaratan untuk mendapatkan penjaminan pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan adalah memiliki surat rekomendasi jaminan kesehatan yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan.

Pasal 10

- (1) Cara mendapatkan surat rekomendasi pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9, pasien atau keluarganya datang ke Dinas Kesehatan dengan membawa persyaratan sebagai berikut :
 - a. menunjukkan asli KKS atau SKTM dilampiri fotokopi;
 - b. menyerahkan fotokopi Kartu Keluarga terbaru;
 - c. menyerahkan fotokopi KTP yang masih berlaku dan/atau akta kelahiran dan/atau surat lahir;
 - d. menyerahkan fotokopi Surat Rujukan/Surat kontrol/Rujuk Balik; dan
 - e. menyerahkan Surat Perintah Rawat Inap apabila pasien menjalani rawat inap.
- (2) Rekomendasi pelayanan kesehatan sebagaimana pada ayat (1) diberikan setelah dilakukan verifikasi dan validasi dan dinyatakan bahwa pasien tidak memiliki jaminan kesehatan prabayar berupa kartu JKN/KIS;
- (3) Peserta Jamkesda yang mendapatkan perawatan pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan harus mengurus surat rekomendasi pelayanan kesehatan paling lambat 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam pada hari kerja setelah dinyatakan Rawat Inap.

BAB V

PELAYANAN KESEHATAN YANG DIJAMIN

Pasal 11

- (1) Pelayanan Kesehatan Dasar dilaksanakan oleh Puskesmas di Daerah.
- (2) Tata cara mendapatkan pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu :
 - a. pasien menunjukkan identitas kepesertaan atau rekomendasi kepesertaan;
 - b. pelayanan diberikan sesuai dengan kebutuhan medis; dan
 - c. dalam kasus kegawatdaruratan dan diperlukan perawatan, peserta yang belum membawa identitas kepesertaan atau rekomendasi kepesertaan maka diberikan waktu 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam pada hari kerja untuk melengkapinya.

- (3) Pelayanan yang dijamin dalam fasilitas pelayanan kesehatan dasar meliputi :
- a. konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan;
 - b. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - c. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, sesuai kebutuhan medis dan ketersediaan obat di Puskesmas;
 - d. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pertama;
 - e. rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis;
 - f. penanganan rujukan balik dari Rumah Sakit;
 - g. pelayanan rehabilitasi medis; dan
 - h. perawatan satu hari (*one day care*).

Pasal 12

- (1) Pelayanan Kesehatan Rujukan dilaksanakan oleh Rumah Sakit di Daerah yang bekerjasama dengan Pemerintah Daerah.
- (2) Tata cara mendapatkan pelayanan di pelayanan kesehatan rujukan yaitu :
 - a. pasien menunjukkan identitas kepesertaan atau rekomendasi kepesertaan;
 - b. pasien membawa Surat Pengantar Rujukan dari Puskesmas;
 - c. pasien menunjukan Rekomendasi Pelayanan Kesehatan;
 - d. pelayanan diberikan sesuai dengan kebutuhan medis; dan
 - e. dalam kasus kegawatdaruratan dan diperlukan perawatan, peserta yang belum membawa identitas kepesertaan atau rekomendasi kepesertaan diberikan waktu 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam pada hari kerja untuk melengkapi dan tidak diperlukan surat rujukan.
- (3) Surat Pengantar Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b berlaku apabila memenuhi kriteria diagnosa penyakit yang harus dirujuk sesuai kompetensi.
- (4) Surat Pengantar Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b harus diisi sesuai dengan format yang telah tersedia, yang meliputi:
 - a. identitas pasien yang meliputi nama pasien, umur/tanggal lahir, alamat;
 - b. resume penyakit yang dirujuk;
 - c. bila telah dirawat disebutkan tindakan yang sudah diberikan;
 - d. tujuan rumah sakit rujukan; dan
 - e. nama terang pemberi rujukan dan tanda tangan.
- (5) Rekomendasi Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c untuk pasien dengan perawatan harus dapat ditunjukkan dalam waktu 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam pada hari kerja.
- (6) Pelayanan yang dijamin dalam fasilitas pelayanan kesehatan rujukan meliputi :
 - a. akomodasi rawat inap pada kelas III;
 - b. konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan;

- c. operasi kecil, sedang, dan besar;
 - d. perawatan intensif ICU;
 - e. pelayanan rehabilitasi medis;
 - f. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis;
 - g. pelayanan persalinan dengan penyulit;
 - h. tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 - i. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, sesuai dengan indikasi medis dan menggunakan obat generik yang mengacu pada standar formularium nasional;
 - j. pelayanan alat kesehatan implant sesuai standar BKKBN;
 - k. pelayanan Darah; dan
 - l. pelayanan transportasi rujukan antar rumah sakit yang bekerja sama atau ke rumah sakit di luar Daerah dan pelayanan transportasi pemulangan jenazah.
- (7) Dalam hal kasus perawatan spesialistik yang sudah diberikan dan dimungkinkan untuk dilanjutkan perawatan di Puskesmas wajib diberikan surat rujuk balik.

BAB VI PELAYANAN KESEHATAN YANG TIDAK DIJAMIN

Pasal 13

Jenis pelayanan kesehatan yang tidak dijamin Jamkesda meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan pada fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan program Jamkesda;
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kesehatan lain dan program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- e. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (memperoleh keturunan);
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. Gangguan kesehatan penyakit akibat ketergantungan obat dan atau alkohol;
- h. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- i. Pelayanan terkait upaya aborsi tanpa indikasi medis;
- j. Pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional termasuk akupuntur, *shin she*;
- k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (*eksperimen*);

1. Pelayanan penunjang diagnostik canggih yang diberikan hanya pada kasus-kasus "life saving" dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh komite medik; dan
- m. Bahan/alat dan tindakan yang bertujuan untuk :
 - 1) Bedah kosmetik;
 - 2) Memperoleh keturunan (mengatasi Infertilitas);
 - 3) Gigi tiruan (protesa gigi), meratakan gigi (ortodonsi); dan
 - 4) *General check up*.

BAB VII TARIF PELAYANAN KESEHATAN JAMKESDA

Pasal 14

- (1) Biaya pelayanan kesehatan di tingkat dasar mengacu pada Peraturan Daerah tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan yang berlaku.
- (2) Biaya pelayanan kesehatan di tingkat rujukan dibayar berdasarkan tarif INA-CBGs, dan dibayarkan maksimal sebesar Rp. 10.000,000,- (sepuluh juta rupiah).
- (3) Dikecualikan untuk biaya pelayanan di rumah sakit khusus jiwa dibayarkan maksimal tarif INA-CBGs.
- (4) Untuk kendali mutu dan biaya, setiap klaim akan dilakukan verifikasi oleh verifikator Jamkesda.

BAB VIII TATA CARA PEMBAYARAN PELAYANAN

Bagian Kesatu Tata Cara Klaim

Pasal 15

- (1) Pembayaran pelayanan kesehatan Jamkesda di Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan menggunakan metode klaim berdasarkan pelayanan klinis yang diberikan.
- (2) Pengajuan klaim pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikirimkan ke Dinas Kesehatan, maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.
- (3) Berkas klaim pelayanan yang diterima akan dilakukan verifikasi oleh verifikator Jamkesda.
- (4) Berkas Klaim yang telah diverifikasi dan belum disetujui akan dikembalikan kepada pemberi pelayanan kesehatan dalam bentuk catatan hasil verifikasi (*feedback*), untuk diperbaiki dan dilengkapi dalam jangka waktu 2 (dua) minggu (stempel pos/ekspedisi).
- (5) Jika dalam kurun waktu 2 (dua) minggu setelah catatan hasil verifikasi di terima dan pihak pemberi pelayanan kesehatan tidak dapat melengkapi/memperbaikinya maka pemberi pelayanan kesehatan dianggap menyetujui hasil verifikasi.
- (6) Proses verifikasi klaim dilakukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja setelah klaim diterima oleh verifikator Jamkesda.

Bagian Kedua Pembayaran Klaim

Pasal 16

- (1) Pembayaran klaim kepada Puskesmas dilakukan berdasarkan pertanggungjawaban pemanfaatan dana sesuai dengan jenis belanja yaitu :
 - a. Belanja jasa pelayanan, jasa sarana dan makan pasien dibayarkan seratus persen (100%);
 - b. Belanja obat dan bahan habis pakai dibelanjakan apabila ketersediaan obat dan bahan habis pakai di Dinas Kesehatan tidak mencukupi; dan
 - c. Belanja sewa kamar tidak dibelanjakan dan menjadi pendapatan Daerah yang disetorkan ke Kas Daerah.
- (2) Pembayaran klaim kepada Bidan Praktik Mandiri (BPM) yang merupakan jejaring Puskesmas sebagaimana dimaksud ayat (1) dibayarkan seluruhnya dalam bentuk pertanggungjawaban belanja jasa pelayanan.
- (3) Pembayaran klaim rumah sakit berdasarkan Tarif INA-CBGs dilaksanakan berdasarkan pengajuan klaim yang disetujui dan dibayarkan melalui rekening rumah sakit.

BAB IX PEMBIAYAAN

Pasal 17

- (1) Pembiayaan Jamkesda bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Penganggaran Jamkesda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dialokasikan melalui Dinas Kesehatan.

BAB X PENGORGANISASIAN

Pasal 18

- (1) Pengelolaan kepesertaan Jamkesda dilaksanakan oleh Dinas Sosial.
- (2) Pengelolaan anggaran/dana pelayanan kesehatan Jamkesda dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan.

BAB XI KERJASAMA

Pasal 19

- (1) Kerjasama Pelayanan Kesehatan Jamkesda dilakukan antara Dinas Kesehatan dengan pemberi pelayanan kesehatan dan dituangkan dalam bentuk perjanjian kerjasama.
- (2) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengatur mengenai pokok-pokok kerjasama yang berlaku paling lama 12 (dua belas) bulan.

- (3) Perjanjian Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat identitas para pihak, maksud, tujuan, ruang lingkup kerjasama, hak dan kewajiban, dan penyelesaian perselisihan.

BAB XII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 20

- (1) Pembinaan dan Pengawasan Pelaksanaan Jamkesda dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan Perangkat Daerah.
- (2) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan kesehatan dan manajemen pembiayaan dilaksanakan untuk :
 - a. memberikan standar pelayanan terbaik bagi masyarakat;
 - b. memastikan penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan dasar dan rujukan dilakukan untuk :
 - a. administrasi klaim;
 - b. administrasi keuangan; dan
 - c. mutu pelayanan.
- (4) Pengawasan dan pengendalian administrasi klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan oleh Tim Pengelola Jamkesda Kabupaten Karanganyar.
- (5) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c merupakan kewajiban dan tanggung jawab tim Pengelola Jamkesda yang dikakukan secara periodik/tanpa memperhatikan ada atau tidak adanya keluhan dari masyarakat dan pemerhati.

BAB XIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 21

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 130 Tahun 2016 tentang Petunjuk Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Karanganyar, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 22
Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak
tanggal 1 Januari 2018.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan
pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya
dalam Berita Daerah Kabupaten Karanganyar.

Ditetapkan di Karanganyar
pada tanggal 29 Desember 2017
BUPATI KARANGANYAR,

ttd


JULIYATMONO

Diundangkan di Karanganyar
pada tanggal 29 Desember 2017
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR

ttd

SAMSI
BERITA DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR TAHUN 2017 NOMOR 124

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,


ZULFIKAR HADIDH
NIP. 19750311 199903 1 009