



GUBERNUR GORONTALO

PERATURAN DAERAH PROVINSI GORONTALO

NOMOR 3 TAHUN 2019

TENTANG

**PERUBAHAN ATAS PERATURAN DAERAH PROVINSI GORONTALO
NOMOR 4 TAHUN 2014 TENTANG PENYELENGGARAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN DAERAH YANG TERINTEGRASI DENGAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR GORONTALO,

- Menimbang** : a. bahwa dengan diundangkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, maka beberapa ketentuan dalam Peraturan Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Provinsi Gorontalo yang terintegrasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional perlu diubah sesuai dengan kebutuhan penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah di Provinsi Gorontalo;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah yang terintegrasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Gorontalo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 258, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4060);
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
3. 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);

4. 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);
5. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 32);
7. Peraturan Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah yang Terintegrasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Lembaran Daerah Provinsi Gorontalo Tahun 2014 Nomor 04 Tambahan Lembaran Daerah Nomor 04);

Dengan Persetujuan Bersama

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH PROVINSI GORONTALO

dan

GUBERNUR GORONTALO

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN DAERAH PROVINSI GORONTALO NOMOR 4 TAHUN 2014 TENTANG PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH YANG TERINTEGRASI DENGAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional. (Lembaran Daerah Provinsi Gorontalo Tahun 2014 Nomor 04, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 04) diubah sebagai berikut:

1. Diantara ayat (2) dan ayat (3) ditambah satu ayat yakni ayat (2a),

Pasal 7

- (1) Peserta Jamkesda adalah penduduk Provinsi Gorontalo yang tergolong fakir miskin atau tidak mampu yang kriterianya sebagaimana ditentukan oleh peraturan perundangan yang berlaku.
 - (2) Penduduk Provinsi Gorontalo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.
 - (2a) Dalam hal penduduk sebagaimana dimaksud pada ayat (1) belum masuk dalam data kependudukan, Jamkesda diberikan setelah memperoleh rekomendasi dari dinas yang membidangi urusan kependudukan dan pencatatan sipil kabupaten/kota.
 - (3) Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan melalui surat Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan kuota yang telah ditentukan.
 - (4) Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai peserta Jamkesda secara otomatis menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan, dengan menunjukkan kartu tanda penduduk atau surat keterangan lahir.
 - (5) Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial yang meliputi gelandangan, pengemis, penyandang disabilitas, warga binaan lembaga pemasyarakatan dengan surat pengantar dari lembaga pemasyarakatan, Anak/Balita terlantar, anak jalanan, dan penyandang masalah kesejahteraan sosial, masyarakat miskin, dapat menjadi peserta jamkesda sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dengan memperoleh surat rekomendasi dari Dinas Sosial terlebih dahulu.
2. Ketentuan Pasal 8 ayat (1), ayat (2), ayat (8) diubah, dan ketentuan ayat (3), ayat (4), dan ayat (7) dihapus, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 8

- (1) 60% peserta yang menjadi tanggung jawab Provinsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) dilakukan verifikasi dan validasi oleh Dinas Sosial Provinsi.
- (2) Data hasil verifikasi dan validasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selanjutnya ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (3) dihapus.

- (5) Data peserta yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) selanjutnya diajukan ke Dinas Kesehatan Provinsi untuk disampaikan ke BPJS kesehatan.
 - (6) Setiap peserta yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) akan mendapatkan kartu JKN.
 - (7) dihapus.
 - (8) Pendistribusian kartu peserta JKN yang menjadi kewenangan Provinsi dilaksanakan oleh Dinas Sosial Provinsi.
3. Ketentuan Pasal 19 ayat (2) huruf c diubah, dan ditambah satu huruf baru yakni huruf d, ayat (3) diubah dan diantara ayat (3) dan ayat (4) ditambah satu ayat yakni ayat (3a), diantara ayat (4) dan ayat (5) ditambah satu ayat yakni ayat (4a), dan ayat (6) dihapus, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 19

- (1) Dalam hal terdapat pasien rujukan baik luar maupun dalam daerah sebagaimana dimaksud Pasal 18, Pemerintah Daerah dapat memberikan fasilitas pembiayaan, sepanjang tidak dibiayai oleh BPJS Kesehatan.
- (2) Fasilitas pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas ;
 - a. pendamping medis/ paramedis;
 - b. pasien dan pendamping pasien;
 - c. transportasi Udara, Darat, transport lokal, uang harian, akomodasi atau rumah singgah pasien;
 - d. layanan ambulan;
 - e. biaya pemulasaran dan pemulangan jenazah;
 - f. biaya perawatan lainnya yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan akibat upaya medis sebagai inisiatif pendamping medis/paramedis demi efektifitas dan efisiensi pelayanan.
- (3) Fasilitas pembiayaan sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.
- (3a) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian fasilitas pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Gubernur.
- (4) Untuk efektifitas dan efisiensi pelayanan pasien rujukan luar daerah maka pendamping medis/paramedis dapat berinisiatif memberikan upaya medis yang dianggap perlu.

- (4a) Ketentuan mengenai pelayanan pasien rujukan luar daerah dan upaya medis yang dianggap perlu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur.
 - (5) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Gorontalo.
 - (6) di hapus.
4. Ketentuan Pasal 21 ditambah 2 (dua) ayat yakni ayat (3) dan ayat (4), sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 21

- (1) Setiap peserta berhak memperoleh Manfaat jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.
 - (2) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Manfaat medis dan Manfaat non medis merujuk pada peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Jaminan Kesehatan Nasional.
 - (3) Jamkesda memperluas layanan dengan menyediakan alokasi dana perawatan Rumah Sakit untuk menanggulangi masyarakat yang sakit atau sudah dirawat di Rumah sakit tetapi belum memiliki jaminan.
 - (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai memperluas layanan dengan menyediakan alokasi dana perawatan Rumah Sakit untuk menanggulangi masyarakat yang sakit atau sudah dirawat di Rumah sakit tetapi belum memiliki jaminan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Gubernur.
5. Ketentuan ayat (3) Pasal 23 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 23

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.
 - (3) Prosentase penggunaan dana kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut :
 - a. untuk operasional dan dukungan manajemen paling banyak 40 % (empat puluh persen); dan
 - b. untuk jasa layanan paling sedikit 60 % (enam puluh persen).
 - (4) Ketentuan mengenai rincian penggunaan dana kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur lebih lanjut oleh Peraturan Bupati/Walikota.
 - (5) Dalam hal terdapat sisa lebih penggunaan dana kapitasi, agar dapat dianggarkan kembali pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) kabupaten/kota dan dioptimalkan penggunaannya untuk pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
6. Ketentuan Pasal 28 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut

Pasal 28

- (1) Dalam rangka menampung dan menyelesaikan keluhan masyarakat atas pelayanan program Jamkesda yang terintegrasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Pemerintah Daerah membentuk sekretariat penanganan keluhan masyarakat terpadu di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota;
- (2) Sekretariat bersama penanganan keluhan masyarakat terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada pada Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan dinas yang membidangi urusan kependudukan dan pencatatan sipil serta menempatkan petugas posko di masing-masing Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota;
- (3) Perangkat daerah penyelenggara sekretariat bersama penanganan keluhan masyarakat terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib menempatkan petugas pada sekretariat bersama di setiap rumah sakit umum daerah kabupaten/kota.

(2) Dalam hal fasilitas kesehatan yang tidak tersedia di suatu daerah tidak memungkinkan pemenuhan kebutuhan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) BPS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembiayaan dengan mekanisme lain yang lebih efektif.

(3) Prosentase penggunaan dana kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:

- a. untuk operasional dan dukungan manajemen paling banyak 40% (empat puluh persen); dan
- b. untuk jasa layanan paling sedikit 60% (enam puluh persen).

(4) Ketentuan mengenai rincian penggunaan dana kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut oleh Peraturan Bupati/Walikota.

(5) Dalam hal terdapat sisa lebih penggunaan dana kesehatan yang dapat dianggarkan kembali pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota dan dipergunakan penggunaannya untuk pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.

6. Ketentuan Pasal 38 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 38

(1) Dalam rangka menampung dan menyerap keluhan-keluhan masyarakat atas pelayanan program kesehatan yang dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terminate Daerah membentuk sekretariat penanganan keluhan masyarakat terpadu di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

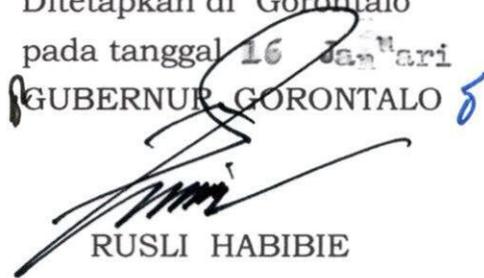
(2) Sekretariat bersama penanganan keluhan masyarakat terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada pada Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan dinas yang membidangi urusan kependudukan dan pencatatan sipil, serta menempatkan petugas pokok di masing-masing Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota.

(3) Perangkat daerah penyelenggara sekretariat bersama penanganan keluhan masyarakat terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib menempatkan petugas pokok sekretariat bersama di setiap rumah sakit umum daerah Kabupaten/Kota.

Pasal II

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan
Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran
Daerah Provinsi Gorontalo.

Ditetapkan di Gorontalo
pada tanggal 16 Januari 2019
GUBERNUR GORONTALO



RUSLI HABIBIE

Diundangkan di Gorontalo
pada tanggal 16 Januari 2019
SEKRETARIS DAERAH PROVINSI GORONTALO,



DARDA DARABA

LEMBARAN DAERAH PROVINSI GORONTALO TAHUN 2019 NOMOR 03

NOREG PERATURAN DAERAH PROVINSI GORONTALO: (3/21/2019)

PENJELASAN
ATAS
PERATURAN DAERAH PROVINSI GORONTALO
NOMOR 3 TAHUN 2019
TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN DAERAH NOMOR 4 TAHUN 2014 TENTANG
PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH YANG
TERINTEGRASI DENGAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

I. UMUM

Pemerintah Provinsi Gorontalo sejak tahun 2012 telah melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Daerah yang diberi nama Program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) yang pada saat itu dikelola oleh PT. ASKES sebagai bentuk implementasi program unggulan Kesehatan Gratis yang diatur melalui Peraturan Daerah Provinsi Nomor 8 Tahun 2012 tentang Program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta).

Pada Tahun 2014 Program Jamkesta berintegrasi dengan program JKN dan dituangkan kedalam Peraturan Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 04 tahun 2014. Seiring dengan berjalannya waktu terdapat beberapa permasalahan maupun keluhan masyarakat terkait pelaksanaan program jamkesda di lapangan. Permasalahan maupun keluhan terbagi atas 3 bagian besar yaitu menyangkut aspek kepesertaan, aspek pelayanan maupun aspek obat-obatan, BHP dan alkes. Untuk menanggulangi permasalahan yang terjadi di lapangan maka penda berinisiatif memperluas cakupan pelayanan di antaranya memberikan bantuan biaya pendampingan medis/paramedis bagi pasien peserta PBI yang di rujuk keluar daerah termasuk memfasilitasi biaya transport, uang harian dan akomodasi, biaya pemulangan jenazah, layanan rumah singgah, dana perawatan rumah sakit bagi yang sudah terlanjur sakit dan belum memiliki jaminan kesehatan.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal I

Cukup jelas

Pasal II

Cukup jelas