



BUPATI LAHAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN

PERATURAN BUPATI LAHAT
NOMOR 8 TAHUN 2020

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM PENDAMPING
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAHAT,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak dan produktif sehingga diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu;
 - b. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka bagi penduduk yang terdaftar dan memiliki Kartu Tanda Penduduk dan/atau Kartu Keluarga Kabupaten Lahat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program Pendamping Jaminan Kesehatan Masyarakat Lahat;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Pendamping Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II dan Kotapraja di Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
 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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 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 beberapa kali diubah 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan

Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 210);

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan: PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN
PENYELENGGARAAN PROGRAM PENDAMPING JAMINAN
KESEHATAN MASYARAKAT.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Lahat .
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Lahat.
3. Bupati adalah Bupati Lahat.
4. Program Pendamping Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Lahat yang selanjutnya disingkat PPJKM adalah program bantuan sosial dari Pemerintah Kabupaten Lahat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan cara pelayanan berobat gratis.
5. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit dari yang bersifat pelayanan rujukan sampai dengan subspecialistik sesuai dengan kemampuan klasifikasi yang ditetapkan.
6. Rumah Sakit Kelas A adalah Rumah Sakit Rujukan Tingkat II, yaitu Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta.
7. Rumah Sakit Kelas B adalah Rumah Sakit Rujukan Tingkat II, yaitu Rumah Sakit Umum Dr. Moehammad Hoesin Palembang.
8. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit Khusus Mata masyarakat Palembang, Rumah Sakit Khusus Paru-paru Palembang, Rumah Sakit Khusus Jiwa Ernaldi Bahar Palembang dan Rumah Sakit Khusus Kusta Dr. Rivai Abdullah Banyuasin, yang merupakan pelayanan rujukan tingkat II.
9. Rumah Sakit Kelas C adalah Rumah Sakit Rujukan Tingkat I, yaitu Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya dapat disebut RSUD yang berada di kabupaten/kota dan Rumah sakit Swasta yang merupakan jejaring kabupaten/kota.
10. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat Puskesmas adalah Puskesmas Nonperawatan, Puskesmas perawatan dan Puskesmas Pembantu yang berada di setiap kecamatan/kelurahan/desa yang memberikan pelayanan tingkat pertama/kesehatan dasar.
11. Bidan Praktik Swasta yang selanjutnya disingkat BPS adalah upaya pelayanan kesehatan khususnya kebidanan yang dilaksanakan oleh perorangan sesuai dengan kompetensi yang dimiliki.
12. Pos Kesehatan Desa yang selanjutnya disingkat Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumber masyarakat yang dibentuk

di desa dalam rangka mendekatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa.

13. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan poliklinik umum yang diberikan di Puskesmas dan jejaringnya, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling.
14. Rawat Jalan Tingkat Lanjut adalah pelayanan spesialisik yang dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit swasta, Rumah Sakit Khusus Mata, Rumah Sakit Khusus Paru-paru dan Rumah Sakit Khusus lainnya.
15. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan rawat inap di Puskesmas yang meliputi akomodasi rawat inap, konsultasi medik, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan, laboratorium sederhana (darah, urine, feses) dan radiologi.
16. Rawat Inap Tingkat Lanjut adalah pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta pada fasilitas di kelas III yang bekerja sama dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Lahat.
17. Gawat Darurat adalah suatu keadaan gangguan kesehatan yang harus mendapat tindakan segera dan apabila terlambat keadaan menjadi memburuk, menyebabkan kecelakaan atau meninggal yang dilayani di unit gawat darurat.
18. Penduduk Kabupaten Lahat adalah setiap orang yang terdaftar dan memiliki Kartu Tanda Penduduk Kabupaten Lahat serta berdomisili di Kabupaten Lahat.
19. Kartu Tanda Penduduk yang selanjutnya disingkat KTP adalah identitas resmi seorang penduduk sebagai bukti diri yang diterbitkan oleh instansi pemerintah.
20. Kartu Keluarga yang selanjutnya disingkat KK adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang susunan, hubungan dan jumlah anggota keluarga.
21. Surat Keterangan Domisili adalah surat yang dibuat dengan kegunaannya dan dikeluarkan oleh pihak yang berwenang seperti ketua Rukun Tetangga, Ketua Rukun Warga, kepala dusun, kepala desa yang menerangkan setatus tempat tinggal seseorang dalam suatu wilayah atau daerah tertentu.
22. Surat Keterangan Belum Memperoleh Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Surat Keterangan adalah surat keterangan yang dikeluarkan oleh kepala desa dan/atau kelurahan bahwa yang bersangkutan belum mendapat jaminan kesehatan baik oleh Pemerintah Pusat, Daerah ataupun swasta.
23. Dinas Kesehatan adalah unsur pelaksana otonomi daerah dibidang kesehatan yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada bupati melalui Sekretaris Daerah di Kabupaten Lahat.
24. Poli Persalinan Desa yang selanjutnya disingkat Polindes adalah salah satu partisipasi atau peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk Keluarga Berencana yang berada di desa.

BAB II PERSYARATAN DAN TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu Persyaratan Pelayanan Kesehatan Pasal 2

- (1) Memiliki identitas diri, berupa KTP/KK/Surat Keterangan Domisili sambil menunggu kartu identitas yang resmi dan Surat Keterangan. ✓
- (2) Tidak memaksakan kehendak untuk meminta surat rujukan ke Rumah Sakit.

Bagian Kedua Tempat Pelayanan Kesehatan Pasal 3

- (1) Puskesmas beserta jejaringnya di semua kecamatan dalam Kabupaten. ✓
- (2) Rumah Sakit Pemerintah/Swasta yang telah menjalin kerja sama dengan Pemerintah Kabupaten atau Pemerintah Kabupaten/Kota dalam Provinsi Sumatera Selatan. ✓
- (3) Jejaring pelayanan PPJKM dapat diperluas ke Provinsi lain yang sudah bekerja sama dengan Kabupaten secara timbal balik. ✓

BAB III PROSEDUR DAN FASILITAS PELAYANAN

Bagian Kesatu Prosedur Pelayanan Pasal 4

Prosedur pelayanan kesehatan melalui PPJKM di Puskesmas adalah membawa identitas diri, berupa KTP/KK/Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan. ✓

Pasal 5

- (1) Membawa identitas diri berupa KTP/KK/Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan. ✓
- (2) Membawa surat rujukan manual ataupun rujukan online dari Puskesmas. ✓
- (3) Apabila dalam keadaan Gawat Darurat dapat langsung ke Rumah Sakit Kelas C. ✓
- (4) Di luar jam kerja, pasien hanya diberikan pengobatan untuk satu hari, dan selanjutnya harus berobat ulang ke Puskesmas.

Bagian Kedua Fasilitas Pelayanan Pasal 6

Fasilitas pelayanan yang diberikan dalam program PPJKM meliputi :

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama; ✓
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama; ✓
- c. Rawat Jalan Tingkat Lanjut;
- d. Rawat Inap Tingkat Lanjut di Rumah Sakit jejaring dengan fasilitas kelas III;
- e. Rumah Sakit swasta yang belum menjadi jejaring PPJKM tetap harus menyiapkan 25 % (dua puluh lima persen) tempat.

- tidurnya untuk pelayanan masyarakat miskin dengan tarif pelayanan untuk masyarakat miskin sesuai dengan aturan Kementerian Kesehatan untuk masyarakat miskin dalam PPJKM;
- f. kaca mata dengan lensa koreksi minimal + 1 /- 1 dengan nilai maksimal Rp.150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan ketentuan dan resep dokter mata rumah sakit jejaring ;
 - g. Intra Ocular Lens (IOL) berdasarkan ketentuan dan resep dokter mata Rumah Sakit jejaring dengan mempertimbangkan indikasi medis dan aspek psikososial dan disetujui Direktur Rumah Sakit jejaring; dan
 - h. alat bantu gerak berdasarkan resep dokter dan disetujui direktur Rumah Sakit jejaring.

BAB IV HAL-HAL YANG TIDAK DIJAMIN DAN YANG MEMBATALKAN PELAYANAN

Bagian Kesatu Pelayanan Di luar Tanggungan Program Pasal 7

Pelayanan yang tidak ditanggung PPJKM meliputi :

- a. pelayanan yang tidak sesuai aturan;
- b. bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
- c. general check up termasuk pemeriksaan haji, surat keterangan sehat;
- d. pembuatan gigi tiruan;
- e. pengobatan alternatif (akupunktur, pengobatan tradisional dan pengobatan lain yang belum terbukti ilmiah);
- f. rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
- g. pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam; dan
- h. pelayanan kesehatan pada kegiatan bakti sosial.

Bagian Kedua Hal-hal yang Membatalkan Pelayanan Pasal 8

Pelayanan PPJKM dapat dibatalkan apabila :

- a. peserta tidak membawa kartu identitas berupa KTP/KK/Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan;
- b. peserta datang ke Rumah Sakit tanpa membawa rujukan dari Puskesmas;
- c. peserta memaksakan kehendaknya untuk meminta rujukan dari Puskesmas tanpa identitas medis;
- d. peserta yang dirawat inap di Rumah Sakit tetapi meminta pulang paksa;
- e. peserta yang dirawat inap di Rumah Sakit yang meminta pindah kelas perawatan dari kelas III ke kelas yang lebih tinggi ;
- f. peserta yang sudah memiliki jaminan kesehatan lainnya (Penerima Biaya Iuran Pemerintah Pusat, Penerima Biaya Iuran Pemerintah Daerah, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Mandiri dan nonpenerima Biaya Iuran, dan asuransi kesehatan swasta).

BAB V
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Bagian Kesatu
Pada BPS/Poskesdes/Polindes
Pasal 9

Syarat BPS/Poskesdes/Polindes untuk menjadi jejaring Puskesmas pada sistem PPJKM adalah :

- a. berada di wilayah kerja Puskesmas jejaring di lokasi BPS/Poskesdes/Polindes;
- b. mempunyai surat izin bidan;
- c. mempunyai surat izin praktik bidan;
- d. mempunyai surat izin sarana;
- e. telah menjadi bidan delima; dan
- f. berkompeten dalam melakukan asuhan persalinan normal yang dibuktikan dengan adanya sertifikat asuhan persalinan normal.

Pasal 10

- (1) BPS/Poskesdes/Polindes dilarang :
 - a. mengarahkan/memaksa penderita/keluarga penderita untuk mengajukan rujukan ke Rumah Sakit;
 - b. melakukan rujukan tanpa terlebih dahulu melakukan pemeriksaan sesuai standar pelayanan bidan;
 - c. merujuk penderita yang masih dapat di lani;
 - d. merujuk ke Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Kelas A ;
 - e. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem PPJKM kepada peserta PPJKM dengan alasan apapun;
 - f. melakukan pelayanan di luar kompetensinya; dan
 - g. mengajukan klaim dana PPJKM untuk penderita yang telah dijamin sistem asuransi yang lain.
- (2) Bagi BPS/Poskesdes/Polindes yang mengajukan klaim dana PPJKM sebagaimana dimaksud pada huruf g dikenakan sanksi pengembalian dana klaim.

Pasal 11

BPS/Poskesdes/Polindes berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku, melalui Puskesmas yang bertanggung jawab di wilayah kerja BPS/Poskesdes/ Polindes berada; dan
- b. menentukan pembagian dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Pasal 12

Dalam memberikan pelayanan BPS/Poskesdes/Polindes wajib :

- a. menyiapkan obat/alat yang diperlukan sesuai dengan kompetensinya;
- b. melayani antenatal care, asuhan persalinan normal dan post natal care (termasuk kunjungan neonatus);
- c. melakukan rujukan yang disertai dengan surat rujukan, baik ke Rawat Jalan Tingkat Lanjut di Puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke Rumah Sakit Kelas C serta mengantar pasien yang akan dirujuk jika diperlukan (surat rujukan dilampirkan pada saat klaim);

- d. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- e. berkoordinasi dengan Puskesmas di wilayahnya dan Tim Pengelola PPJKM di Dinas Kesehatan jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Bagian Kedua

Pada Puskesmas Nonperawatan dan Jejaringnya

Pasal 13

- (1) Puskesmas nonperawatan dilarang :
 - a. membuat rujukan ke Rumah Sakit walaupun diarahkan/dipaksa oleh penderita /keluarga penderita;
 - b. melakukan rujukan tanpa terlebih dahulu melakukan pemeriksaan sesuai standar pelayanan di Puskesmas;
 - c. merujuk penderita yang masih dapat ditangani di Puskesmas dengan alasan apapun;
 - d. merujuk ke Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Kelas A serta untuk kasus-kasus khusus (penyakit mata, paru, kusta dan jiwa) langsung ke Rumah Sakit Khusus;
 - e. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem PPJKM kepada peserta dengan alasan apapun; dan
 - f. mengajukan klaim dana PPJKM untuk penderita yang telah dijamin sistem asuransi yang lain.
- (2) Bagi Puskesmas nonperawatan yang mengajukan klaim dana PPJKM sebagaimana dimaksud pada huruf f dikenakan sanksi pengembalian dana klaim.

Pasal 14

Puskesmas nonperawatan berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku;
- b. menentukan pembagian dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku; dan
- c. membuat jejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti BPS dan Bidan Poskesdes sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Pasal 15

Puskesmas nonperawatan dalam memberikan pelayanan wajib :

- a. menyiapkan obat/alat yang diperlukan, jika obat/alat habis atau kurang segera mengajukan usulan permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kabupaten;
- b. memberikan obat pada pasien untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit- kronis tertentu sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. melayani semua kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar sesuai dengan standar pelayanan Puskesmas;
- d. melakukan kerjasama dengan Puskesmas terdekat jika tenaga kesehatan di tempatnya tidak siap melayani kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan kesehatan dasar;
- e. melakukan rujukan yang disertai dengan rujukan dan rekam medik, baik ke fasilitas Rawat Jalan Tingkat Lanjut di Puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke fasilitas Rumah Sakit Kelas C serta mengantar

- pasien yang akan dirujuk jika diperlukan. (surat rujukan dilampirkan pada saat pengajuan klaim);
- f. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
 - g. berkoordinasi dengan tim pengelola PPJKM Lahat di Dinas Kesehatan jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Pasal 16

Pelayanan yang diberikan pada Puskesmas nonperawatan dan jejaringnya terdiri dari :

- a. pelayanan di dalam dan di luar gedung :
 - 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - 2. laboratorium sederhana (darah, urine dan feses rutin) dan radiologi;
 - 3. tindakan medis kecil (kecuali sirkumsisi);
 - 4. pemeriksaan dan pengobatan gigi termasuk cabut dan tambal;
 - 5. pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui;
 - 6. pemeriksaan kesehatan bayi dan balita;
 - 7. pelayanan keluarga berencana dan penanganan efek samping; dan
 - 8. pemberian obat sesuai standar.
- b. persalinan normal di Puskesmas nonperawatan, Polindes/rumah pasien/praktek bidan swasta yang telah bekerja sama dengan Puskesmas;
- c. pelayanan Gawat Darurat;
- d. rawat Jalan Tingkat Lanjut bagi Puskesmas yang mempunyai poliklinik spesialis, meliputi :
 - 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan oleh dokter spesialis/umum;
 - 2. rehabilitasi medis;
 - 3. penunjang diagnostik;
 - 4. tindakan medis kecil dan sedang;
 - 5. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 - 6. pelayanan keluarga berencana;
 - 7. pemberian obat sesuai standar; dan
 - 8. pelayanan penyediaan darah.

Bagian Ketiga

Pada Puskesmas Perawatan dan Jejaringnya

Pasal 17

- (1) Puskesmas perawatan dilarang :
 - a. mengarahkan/memaksa pasien/keluarga pasien untuk meminta surat rujukan ke Rumah Sakit;
 - b. memberikan rujukan tanpa terlebih dahulu melakukan pemeriksaan sesuai standar pelayanan di Puskesmas;
 - c. merujuk penderita yang masih dapat ditangani di Puskesmas dengan alasan apapun;
 - d. merujuk ke Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Kelas A serta untuk kasus khusus (penyakit mata, paru-paru, kusta dan jiwa) langsung ke Rumah Sakit Khusus;
 - e. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem PPJKM Lahat kepada peserta dengan alasan apapun; dan
 - f. mengajukan klaim dana Jamsoskes Lahat untuk penderita yang telah dijamin sistem asuransi yang lain.

- (2) Bagi Puskesmas perawatan yang mengajukan klaim dana PPJKM sebagaimana dimaksud pada huruf f dikenakan sanksi pengembalian dana klaim.

Pasal 18

Puskesmas perawatan berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku;
- b. menentukan pembagian dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku; dan
- c. membuat jejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti BPS dan bidan Poskesdes sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Pasal 19

Puskesmas perawatan dalam memberikan pelayanan wajib :

- a. menyiapkan obat/alat yang diperlukan, jika obat/alat habis atau kurang segera mengajukan usulan permintaan obat ke Dinas Kesehatan;
- b. memberikan obat pada pasien rawat jalan untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit kronis tertentu sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. melayani semua kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar sesuai standar pelayanan Puskesmas;
- d. melakukan kerjasama dengan Puskesmas terdekat jika tenaga kesehatan ditempatnya tidak siap melayani kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan kesehatan dasar ;
- e. melakukan rujukan yang disertai dengan surat rujukan dan rekam medik, baik ke fasilitas Rawat Jalan Tingkat Lanjut di Puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke Rumah Sakit Kelas C serta mengantar pasien yang akan dirujuk jika diperlukan. (Surat rujukan dilampirkan pada saat klaim);
- f. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- g. berkoordinasi dengan tim pengelola PPJKM Lahat di Dinas Kesehatan jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Pasal 20

Pelayanan yang diberikan Puskesmas perawatan adalah meliputi :

- a. pelayanan di dalam dan di luar gedung :
 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 2. laboratorium sederhana (darah, urine dan feses rutin) dan radiologi;
 3. tindakan medis kecil kecuali sirkumsisi;
 4. pemeriksaan dan pengobatan gigi (termasuk cabut dan tambal)
 5. pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui;
 6. pemeriksaan kesehatan bayi dan balita;
 7. pelayanan keluarga berencana dan penanganan efek samping; dan
 8. pemberian obat sesuai standar.
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (Puskesmas Perawatan) :
 1. akomodasi rawat inap;
 2. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;

3. laboratorium sederhana (darah, urine dan feses rutin) dan radiologi;
 4. tindakan medis kecil kecuali sirkumsisi;
 5. pemberian obat sesuai standar;
 6. persalinan normal dan dengan penyulit (Puskesmas PONED); dan
 7. rujukan.
- c. Persalinan normal di Polindes/rumah pasien/praktik bidan swasta/bidan Poskesdes yang telah bekerjasama dengan Puskesmas;
- d. Pelayanan Gawat Darurat;
- e. Rawat Jalan Tingkat Lanjut bagi Puskesmas yang mempunyai poliklinik spesialis, meliputi :
1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan oleh dokter spesialis;
 2. rehabilitasi medis;
 3. penunjang diagnostik;
 4. tindakan medis kecil dan sedang;
 5. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut;
 6. pelayanan keluarga berencana, termasuk kontrasepsi mantap;
 7. pemberian obat sesuai standar; dan
 8. pelayanan penyediaan darah.

BAB VI PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Bagian Kesatu Pelayanan Rujukan Tingkat I (Rumah Sakit Kelas C di Kabupaten/Kota) Pasal 21

- (1) Rumah Sakit Kelas C dilarang :
 - a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari Puskesmas kecuali keadaan Gawat Darurat;
 - b. dipaksa untuk menerima pasien tanpa surat rujukan dari Puskesmas;
 - c. menaikan kelas perawatan dari kelas III ke kelas perawatan di atasnya;
 - d. memperbolehkan pasien pulang paksa sebelum perawatan selesai;
 - e. merujuk pasien yang bisa ditanganinya sesuai standar pelayanan kesehatan Rumah Sakit Kelas C ke Rumah Sakit Kelas B;
 - f. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sisten PPJKM Lahat dengan alasan apapun;
 - g. mengajukan klaim bagi pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan; dan
 - h. mengajukan klaim ke Program PPJKM Lahat untuk pasien yang telah dilayani oleh sistem asuransi yang lain.
- (2) Bagi Rumah Sakit Kelas C yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf c, huruf d, dan huruf g dikenakan sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan.
- (3) Bagi Rumah Sakit Kelas C yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf h dikenakan sanksi berupa pengembalian klaim.

Pasal 22

Rumah Sakit Kelas C berwenang :

- ✓ a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan hari rawat pasien dan konsep/paket Pola Tarif Resmi kelas III (klaim tidak dibayar jika diluar Pola tarif Resmi RS) ke tim pengelola PPJKM Dinas Kesehatan; dan
- b. menentukan pemanfaatan dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Pasal 23

Rumah Sakit Kelas C dalam memberikan pelayanan wajib :

- ✓ a. memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai yang mengacu pada obat pelayanan kesehatan program ini;
- b. melayani pasien yang dirujuk oleh Puskesmas yang termasuk dalam kasus penyakit sesuai standar Rumah Sakit Kelas C;
- ✓ c. melayani pasien yang tidak Gawat Darurat di luar jam kerja dengan hanya memberikan obat yang cukup untuk hari ini, dan selanjutnya kecsokan harinya pasien diajukan berobat ke Puskesmas;
- d. mengembalikan kasus penyakit yang masuk dalam standar pelayanan tingkat dasar ke Puskesmas yang merujuk;
- e. membuat umpan balik kasus yang sudah bisa dilayani di fasilitas yang merujuk jika kasus tersebut sudah bisa dilayani difasilitas pelayanan kesehatan dasar;
- ✓ f. merujuk pasien ke Rumah Sakit Kelas B untuk kasus yang tidak bisa dilayani sesuai standar pelayanan Rumah Sakit Kelas C;
- g. rujukan sebagaimana tersebut pada huruf diatas harus dilengkapi :
 1. kartu identitas;
 2. surat rujukan dari Puskesmas;
 3. rekam medik dan pemeriksaan yang telah dilakukan Puskesmas;
 4. surat rujukan dari kepaladepartemen/bagian yang menangani kasus disertai rekam medik;
 - ✓ 5. surat rekomendasi rujukan yang ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit, jika direktur tidak di tempat ditandatangani oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik atas nama direktur ditujukan ke tim pengelola PPJKM di Dinas Kesehatan; dan
 6. surat pengantar dari Dinas Kesehatan ditujukan ke Rumah Sakit Kelas B dengan tembusan disampaikan kepada tim pengelola PPJKM.

Pasal 24

Pelayanan pada Rumah Sakit Kelas C terdiri dari :

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut;
- b. akomodasi rawat inap pada kelas III;
- c. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
- ✓ d. penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
- e. tindakan medis sesuai dengan indikasi
- f. operasi sedang dan besar sesuai dengan kompetensinya;
- g. pelayanan rehabilitasi medis;
- h. perawatan intensif (ICU);

- i. pelayanan penyediaan darah;
- j. bahan dan alat kesehatan habis pakai, bahan dan alat kesehatan seefisien mungkin;
- k. persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensif Komprehensif (PONEK);
- l. rujukan dengan indikasi medis dan rekomendasi komite medic; dan
- m. pelayanan Gawat Darurat.

Bagian Kedua
Pelayanan Rujukan Tingkat II
(Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Khusus)
Pasal 25

Persyaratan yang harus dipenuhi dalam mendapatkan pelayanan pada Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Khusus adalah :

- a. KTP/KK/Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan; dan
- b. surat rujukan dari Rumah Sakit Kelas C dan surat pengantar dari Kepala Dinas Kesehatan kecuali keadaan Gawat Darurat.

Pasal 26

- (1) Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Khusus dilarang :
 - a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari Rumah Sakit Kelas C kecuali dalam keadaan Gawat Darurat;
 - b. memaksakan diri untuk menerima pasien tanpa surat rujukan dari Rumah Sakit Kelas C;
 - c. menaikkan kelas perawatan dari kelas III ke perawatan ke atasnya;
 - d. memperbolehkan pasien pulang paksa sebelum perawatan selesai;
 - e. merujuk pasien yang bisa ditanganinya sesuai standar pelayanan Rumah Sakit Kelas B ke Rumah Sakit Kelas A ;
 - f. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem PPJKM Lahat kepada peserta dengan alasan apapun;
 - g. mengajukan klaim bagi pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan; dan
 - h. mengajukan klaim ke program PPJKM Lahat untuk pasien yang telah dilayani oleh sistem asuransi yang lain.
- (2) Bagi Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Khusus yang melanggar ketentuan sebagaimana pada huruf c, huruf d dan huruf g dikenakan sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan.
- (3) Bagi Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Khusus yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf f dikenakan sanksi berupa pengembalian klaim.

Pasal 27

Rumah sakit Kelas B dan atau Rumah Sakit Khusus berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan hari rawat pasien dan konsep/paket pola tarif resmi kelas III (klaim tidak dibayar jika diluar paket pola tarif resmi dari RS) ke tim pengelola PPJKM; dan
- b. menentukan pemanfaatan dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Pasal 28

Rumah Sakit Kelas B dan atau Rumah Sakit Khusus dalam memberikan pelayanan wajib :

- a. memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai yang mengacu pada obat pelayanan kesehatan program ini ;
- b. melayani pasien yang dirujuk oleh Puskesmas yang termasuk dalam kasus penyakit sesuai standar Rumah Sakit Kelas C;
- c. mengembalikan kasus penyakit yang masuk dalam standar pelayanan tingkat dasar ke Puskesmas atau yang masuk dalam standar pelayanan Rumah Sakit Kelas C yang merujuk;
- d. membuat umpan balik kasus yang sudah dapat dilayani ke Puskesmas atau ke Rumah Sakit Kelas C yang merujuk jika kasus tersebut sudah bisa dilayani di fasilitas pelayanan tersebut;
- e. merujuk pasien ke Rumah Sakit Kelas A untuk kasus yang tidak bisa dilayani sesuai standar pelayanan Rumah Sakit Kelas B;
- f. rujukan sebagaimana dimaksud pada huruf e harus dilengkapi :
 1. kartu identitas;
 2. surat rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit Kelas C;
 3. surat rujukan dari Rumah Sakit Kelas C ke Rumah Sakit Kelas B atau Rumah Sakit Khusus;
 4. rekam medik dan pemeriksaan yang telah dilakukan di Puskesmas dan Rumah Sakit Kelas ;
 5. surat rujukan dari kepala departemen/bagian yang menangani kasus ke Rumah Sakit Kelas A yang disertai dengan rekam medis;
 6. rekomendasi rujukan yang ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit, ditujukan kepada tim pengelola PPJKM; dan
 7. surat pengantar dari Dinas Kesehatan yang ditujukan kepada Rumah Sakit Kelas A dengan tembusan disampaikan kepada Bupati.
- g. menjalin perjanjian kerja sama untuk pembelian resep kacamata dengan optik yang telah berpengalaman ;
- h. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- i. berkoordinasi dengan tim pengelola PPJKM Lihat Tingkat kabupaten jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Pasal 29

Pelayanan yang diberikan pada Rumah Sakit Kelas B dan/atau Rumah Sakit Khusus meliputi :

- a. rawat Jalan Tingkat Lanjut;
- b. akomodasi rawat inap pada kelas III;
- c. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
- d. penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiology dan elektromedik;
- e. tindakan medis;
- f. operasi sedang, besar dan canggih;
- g. pelayanan rehabilitasi medis;
- h. perawatan Intensif Care Unit (ICU);
- i. pelayanan penyediaan darah;

- j. bahan dan alat kesehatan habis pakai, bahan dan alat kesehatan seefisien mungkin;
- k. persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK);
- l. rujukan dengan indikasi medis dan rekomendasi komite medik; dan
- m. pelayanan Gawat Darurat.

Bagian Ketiga
Pelayanan Rujukan Tingkat III
(Rumah Sakit Kelas A)
Pasal 30

Persyaratan yang harus dipenuhi dalam mendapatkan pelayanan pada Rumah Sakit Kelas A adalah :

- a. KTP/KK/Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan; dan
- b. surat rujukan dari Rumah Sakit Kelas B dan surat pengantar dari kepala Dinas Kesehatan dalam keadaan Gawat Darurat.

Pasal 31

(1) Rumah Sakit Kelas A dilarang :

- a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari Rumah Sakit Kelas B serta surat pengantar dari kepala Dinas Kesehatan kecuali keadaan Gawat Darurat;
- b. dipaksa untuk menerima pasien tanpa surat rujukan dari fasilitas Rumah Sakit Kelas B serta surat pengantar dari kepala Dinas Kesehatan;
- c. menaikan kelas perawatan dari kelas III ke kelas perawatan di atasnya;
- d. memperbolehkan pasien pulang paksa sebelum perawatan selesai;
- e. mengajukan klaim bagi pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan;
- f. menari iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem PPJKM kepada peserta PPJKM dengan alasan apapun; dan
- g. mengajukan klaim ke Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Lahat untuk pasien yang telah dilayani oleh sistem asuransi yang lain.

(2) Bagi Rumah Sakit Kelas A yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf c dikenakan sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan.

(3) Bagi Rumah Sakit Kelas A yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf g dikenakan sanksi berupa pengembalian klaim.

Pasal 32

Rumah Sakit Kelas A berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan hari rawat penderita serta konsep/paket pola tarif resmi Rumah Sakit kelas III, klaim tidak dibayar jika diluar paket pola tarif resmi Rumah Sakit ke tim pengelola PPJKM; dan
- b. menentukan pemanfaatan dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Pasal 33

Pelayanan pada Rumah Sakit Kelas A dalam memberikan pelayanan wajib :

- a. memenuhi kebutuhan obat dan habis pakai yang mengacu pada obat pelayanan kesehatan program ini;
- b. melayani pasien yang dirujuk oleh Rumah Sakit Kelas B yang termasuk dalam kasus penyakit sesuai standar pelayanan Rumah Sakit Kelas A;
- c. mengembalikan kasus penyakit yang sudah tidak dapat ditangani lagi atau sudah dapat ditangani di fasilitas Rumah Sakit Kelas C dengan menyertakan umpan balik berikut rekam medik dan pemeriksaan yang telah ditentukan;
- d. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- e. berkoordinasi dengan tim pengelola PPJKM jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Pasal 34

Pelayanan yang diberikan pada Rumah Sakit Kelas A meliputi :

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut;
- b. akomodasi rawat inap pada kelas III;
- c. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
- d. penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiology dan elektromedik;
- e. tindakan medis sesuai dengan indikasi;
- f. operasi sedang, besar dan canggih;
- g. pelayanan rehabilitasi medis;
- h. perawatan Intensif Care Unit (ICU);
- i. pelayanan penyediaan darah;
- j. bahan dan alat kesehatan habis pakai, bahan dan alat kesehatan seefisien mungkin;
- k. persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK);
- l. rujukan dengan indikasi medis dan rekomendasi komite medik; dan
- m. pelayanan Gawat Darurat.

BAB VII

PENYELENGGARAAN LINTAS WILAYAH

Bagian Kesatu

Syarat Pelayanan dan yang Membatalkan Pelayanan

Pasal 35

Syarat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis melalui PPJKM jika pasien berada diluar kecamatan/tempat tinggal yang masih berada di wilayah Kabupaten adalah :

- a. menunjukkan KTP/KK/Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan serta memberikan foto copinya kepada fasilitas pelayanan; dan
- b. menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas atau jejaringnya) sebagai tempat pelayanan pertama yang menangani keluhan penderita, kecuali dalam keadaan Gawat Darurat.

Pasal 36

Pelayanan PPJKM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 dapat dibatalkan apabila :

- a. tidak membawa identitas diri, berupa KTP/KK Surat Keterangan Domisili dan Surat Keterangan;
- b. telah memperoleh jaminan kesehatan lainnya seperti Penerima Bantuan Iuran Pusat, Penerima Bantuan Iuran Daerah dan/atau peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan mandiri; dan
- c. langsung menggunakan Rumah Sakit Kelas C, atau Rumah Sakit Kelas B atau Rumah Sakit Khusus tanpa terlebih dahulu melalui fasilitas pelayanan kesehatan dasar Puskesmas atau jejaringnya.

Bagian Kedua Kewenangan dan Prosedur Pasal 37

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan dasar dan jejaringnya serta Rumah Sakit Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan lintas kecamatan berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur yang ada, ke tim pengelola PPJKM dimana fasilitas pelayanan kesehatan berada; dan
- b. tim pengelola PPJKM akan meneruskan klaim ke tim pengelola PPJKM sesuai dengan kartu identitas pasien dengan melampirkan syarat pengajuan klaim melalui kantor pos/faximile.

Bagian Ketiga Kewajiban Petugas Pasal 38

Petugas pemberi pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan lintas kecamatan wajib :

- a. melayani setiap pasien yang datang walaupun pasien tersebut tidak tinggal di wilayahnya dengan catatan identitas pasien masih berada di wilayah kabupaten;
- b. bagi Rumah Sakit Kelas C harus melayani pasien lintas kecamatan di luar jam kerja, untuk kasus yang tidak Gawat Darurat pemberian hanya cukup sampai keesokan harinya dan selanjutnya pasien dianjurkan berobat ke fasilitas pelayanan dasar (Puskesmas atau jejaringny ;
- c. bagi Rumah Sakit Kelas B, Rumah Sakit Khusus dan/atau Rumah Sakit Kelas A tidak boleh langsung menerima pasien dari luar wilayah tanpa melalui prosedur yang telah ditetapkan kecuali kasus Gawat Darurat;
- d. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab (akan diaudit oleh tim pemeriksa); dan
- e. berkoordinasi dengan tim pengelola PPJKM jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

BAB VIII
PENDANAAN, PENGELOLAAN KEUANGAN DAN
TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

Bagian Kesatu
Pendanaan
Pasal 39

- (1) Pendanaan untuk pembiayaan PPJKM dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kabupaten mengacu pada sistem pembiayaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Untuk dana manajemen operasional dianggarkan tersendiri oleh Pemerintah Kabupaten di luar dana premi PPJKM maksimal 1 % (satu persen).
- (3) Dana premi PPJKM yang berasal dari dana klaim Pemberi Pelayanan Kesehatan PPJKM bukan merupakan Pendapatan Asli Daerah (PAD) Kabupaten.
- (4) Dana premi PPJKM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah merupakan dana bantuan sosial.

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan
Pasal 40

Pengelolaan keuangan PPJKM dilaksanakan oleh tim pengelola PPJKM bukan oleh pihak ketiga atau asuransi kesehatan.

Bagian Ketiga
Syarat Pengajuan Klaim
Pasal 41

- (1) Syarat untuk fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas dan jejaringnya) :
 - a. mengirimkan dokumen klaim yang berisi rekapitulasi laporan pelayanan baik pelayanan dalam wilayah maupun lintas wilayah sesuai dengan blanko pelaporan PPJKM beserta lampirannya yang diajukan setiap tanggal 22;
 - b. rekapitulasi laporan sebagaimana dimaksud pada huruf a ditandatangani oleh pimpinan Puskesmas;
 - c. dokumen klaim pelayanan lintas wilayah dibuat secara terpisah;
 - d. dokumen klaim dari jejaring Puskesmas ditujukan ke Puskesmas yang bertanggung jawab di wilayahnya;
 - e. dokumen klaim yang berasal dari semua fasilitas pelayanan kesehatan dasar baik dari Puskesmas dan jejaringnya dikirimkan ke tim verifikasi Dinas Kesehatan dimana fasilitas pelayanan kesehatan dasar itu berada; dan
 - f. tim pengelola Kabupaten di Dinas Kesehatan akan meneruskan dokumen klaim lintas wilayah ke tim pengelola Kabupaten sesuai dengan kartu identitas pasien dengan melampirkan syarat pengajuan klaim melalui kantor pos/faximile.
- (2) Syarat untuk Fasilitas pelayanan Rumah Sakit Kelas C :
 - a. mengirimkan dokumen klaim yang berisi rekapitulasi laporan pelayanan baik pelayanan dalam wilayah maupun

- lintas wilayah sesuai dengan blanko pelaporan beserta lampirannya yang diajukan setiap tanggal 20; ✓
- b. rekapitulasi laporan sebagaimana dimaksud pada huruf a ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit; ✓
 - c. dokumen klaim pelayanan lintas wilayah dibuat secara terpisah; ✓
 - d. dokumen klaim tersebut telah diverifikasi oleh verifikator Rumah Sakit dengan klaim dana berdasarkan hari rawat pasien dan konsep/paket pola tarif resmi kelas III Rumah Sakit Kelas C; ✓
 - e. dokumen klaim ini juga termasuk pengajuan klaim yang berasal dari kerja sama dengan pihak ketiga (kerja sama dengan optik); dan ✓
 - f. tim pengelola Kabupaten di Dinas Kesehatan akan meneruskan klaim ke tim pengelola PPJKM Kabupaten sesuai dengan kartu identitas pasien dengan melampirkan syarat pengajuan klaim melalui kantor pos/faxmile. ✓
- (3) Syarat untuk Rumah Sakit Kelas B dan Rumah Sakit Khusus serta Rumah Sakit Kelas A :
- a. mengirimkan dokumen klaim yang berisi rekapitulasi laporan pelayanan sesuai dengan blanko pelaporan beserta lampirannya yang diajukan setiap tanggal 20;
 - b. rekapitulasi laporan sebagaimana dimaksud pada huruf a ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit;
 - c. dokumen klaim tersebut telah oleh verifikator Rumah Sakit dengan klaim dana berdasarkan hari rawat pasien dan konsep/paket pola tarif resmi kelas III yang sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang bersangkutan; ✓
 - d. dokumen klaim ini juga termasuk pengajuan klaim yang berasal dari kerja sama dengan pihak ketiga (kerja sama dengan optik); dan
 - e. dokumen klaim ditujukan ke tim verifikator jaminan PPJKM di Dinas Kesehatan.

Bagian Keempat
Proses Pencairan Klaim
Pasal 42

- (1) Setiap dokumen klaim yang diajukan akan diverifikasi terlebih dahulu oleh tim verifikator PPJKM di Dinas Kesehatan yang meliputi :
 - a. pengecekan kebenaran dokumen identitas peserta;
 - b. pengecekan administrasi untuk kasus rujukan (surat rujukan dari fasilitas kesehatan yang merujuk, surat pengantar dari kepala Dinas Kesehatan); ✓
 - c. untuk fasilitas pelayanan kesehatan dasar dilakukan pengecekan kebenaran paket pelayanan yang dihubungkan antara keluhan, diagnosis, tindakan yang dilakukan dan terapi yang diberikan serta nomor karcis; dan
 - d. untuk fasilitas pelayanan rujukan dilakukan pengecekan kebenaran besar tarif sesuai dengan paket diagnosis yang diatur dan lama perawatan pasien. ✓
- (2) Setelah diverifikasi akan disahkan oleh ketua sekretariat untuk setuju bayar dengan jumlah dana yang sesuai dengan klaim yang dinyatakan sah. ✓

- (3) Klaim dibayar oleh bendahara di Dinas Kesehatan melalui rekening di Bank Sumsel paling lambat dalam 30 (tiga puluh) hari.
- (4) Fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai hubungan kerja sama dengan pihak ketiga melakukan pembayaran kepada pihak ketiga sesuai dengan jumlah klaim yang dinyatakan sah.
- (5) Alur pelaporan klaim dan pencairan dana pelayanan kesehatan PPJKM adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal 43

Pencairan dana menjadi batal apabila :

- a. dokumen klaim belum dinyatakan diterima oleh tim verifikator di Dinas Kesehatan; dan
- b. dokumen klaim tidak lengkap dan tidak sesuai dengan persyaratan yang telah diatur dalam system PPJKM.

Bagian Kelima Pemanfaatan Dana Klaim Pasal 44

Pemanfaatan dana yang diterima melalui PPJKM :

- a. di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas dan jejaringnya) :
 1. Puskesmas membuat Plan of Action (POA) yang dibahas dan disepakati dalam forum mini lokakarya lalu disetujui oleh kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku ;
 2. dana dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan dasar yang meliputi pelayanan di dalam dan diluar gedung, jasa pelayanan kesehatan, transportasi petugas, biaya rawat inap, penanganan komplikasi kebidanan dan neonatal di Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komperhensif, transportasi petugas pendamping untuk rujukan, biaya pertolongan persalinan normal dan pelayanan nifas kunjungan neonatus;
 3. pemanfaatan dana klaim pada pelayanan dasar Rawat Jalan Tingkat Pertama sesuai dengan pedoman pelaksanaan PPJKM, dengan ketentuan maksimal 60% (enam puluh persen) dapat digunakan untuk jasa pelayanan, 40% (empat puluh persen) dapat digunakan untuk pelayanan dalam dan luar gedung termasuk kegiatan promotif dan preventif;
 4. pemanfaatan dana klaim pada pelayanan kesehatan dasar Rawat Inap Tingkat Pertama untuk jasa pelayanan maksimal 60% (enam puluh persen), dan 40% (empat puluh persen) dapat digunakan untuk pelayanan dalam dan luar gedung; dan
 5. dana operasional dalam dan luar gedung dianggarkan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten diluar dana PPJKM.
- b. di semua pelayanan rujukan :
Pemanfaatan dana sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan di masing-masing fasilitas pelayanan rujukan antara lain : jasa pelayanan, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai,

- dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan kebutuhan administrasi pendukung lainnya;
- c. di tim pengelola Kabupaten :
Tim Pengelola Kabupaten harus menganggarkan biaya operasional penunjang tersendiri, sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BAB IX
PENGORGANISASIAN
Pasal 45

Pengorganisasian tim koordinasi dan tim pengelola PPJKM dibentuk sesuai dengan kondisi, kebutuhan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB X
MONITORING DAN EVALUASI
Pasal 46

- (1) Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh tim pengelola Kabupaten.
- (2) Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan secara terjadwal dan terus-menerus dengan melibatkan tim pengawasan internal dan eksternal, masyarakat, serta swasta sesuai dengan kompetensi masing-masing.

BAB XI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 47

PPJKM sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal 2 Januari 2020

Pasal 48

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Lahat
pada tanggal 1 April 2020



Diundangkan di Lahat
pada tanggal 1 April 2020



BERITA DAERAH KABUPATEN LAHAT TAHUN 2020 NOMOR 9

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI LAHAT
MOMOR 8 TAHUN 2020
TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN
PROGRAM PENDAMPING JAMINAN
KESEHATAN MASYARAKAT

ALUR PELAPORAN KLAIM DAN PENCAIRAN DANA PELAYANAN KESEHATAN
PENYELENGGARAAN PROGRAM PENDAMPING JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT

