



BUPATI SUKABUMI
PROVINSI JAWA BARAT
PERATURAN BUPATI SUKABUMI
NOMOR 21 TAHUN 2021

TENTANG
JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN, RAWAN
MISKIN DAN TIDAK MAMPU DILUAR PESERTA PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI SUKABUMI,

- Menimbang :
- a. bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan;
 - b. bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak;
 - c. bahwa dalam upaya pemenuhan hak warga Negara, sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b diperlukan pelayanan kesehatan bagi warga Negara masyarakat miskin dan rawan miskin;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin, Rawan Miskin dan Tidak Mampu Diluar Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional;

Mengingat ...

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 32, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4377);
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 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. 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)
6. 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 beberapakali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang
Pemerintah ...

- Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Uang Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4738);
 9. 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 226, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5746);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4322);
 11. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah diubah beberapakali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DAN RAWAN MISKIN DI LUAR PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu

Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Sukabumi.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Sukabumi.
4. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
5. Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah Program jaminan dengan sumber biaya dari pemerintah Daerah baik APBD provinsi maupun kabupaten, untuk membantu pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu diluar peserta penerima jaminan iuran jaminan kesehatan nasional, Guru diniyah dan Kader Posyandu aktif yang telah memiliki kartu Jamkesda.

6. Jaminan Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Jampelkes adalah Program jaminan pelayanan kesehatan dengan sumber biaya dari pemerintah daerah kabupaten, untuk membantu pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu diluar peserta penerima jaminan iuran jaminan kesehatan nasional.
7. Tim Koordinasi Jaminan Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Tim Koordinasi Jampelkes adalah Penyelenggara Program Jaminan Pelayanan Kesehatan yang terdiri dari lintas sektor dan lintas program terkait.
8. Tim Pelaksana Jaminan Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Tim Pengelolaan Jampelkes adalah Pelaksana Program Jaminan Pelayanan Kesehatan diluar program jaminan kesehatan nasional.
9. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
10. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
11. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus
12. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya

13. Pusat ...

13. Pusat Kesehatan Masyarakat dengan Tempat Perawatan yang selanjutnya disebut Puskesmas DTP adalah Puskesmas yang memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien yang memerlukan pelayanan rawat inap di tingkat dasar, sesuai dengan kemampuan dan standar yang diberlakukan.
14. Puskesmas Mampu PONED adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dalam 7 hari seminggu untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir.
15. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
16. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah Orang miskin/masyarakat miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
17. Kemiskinan adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti pangan, sandang, tempat tinggal, pendidikan, dan kesehatan yang layak.
18. Masyarakat Miskin adalah suatu kondisi dimana fisik masyarakat yang tidak memiliki akses ke prasarana dan sarana dasar lingkungan yang memadai, dengan kualitas perumahan dan pemukiman yang jauh di bawah standart kelayakan serta mata pencaharian yang tidak menentu yang mencakup seluruh multidimensi, yaitu dimensi politik, dimensi sosial, dimensi lingkungan, dimensi ekonomi dan dimensi asset.
19. Masyarakat Tidak Mampu adalah masyarakat yang kurang/tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup.
20. Penduduk Rentan Miskin adalah penduduk yang dikategorikan dalam 40 persen penduduk dengan penghasilan terendah.

21. Kriteria Masyarakat Miskin Jaminan Pelayanan Kesehatan adalah kriteria masyarakat miskin dan tidak mampu yang belum mendapatkan jaminan kesehatan dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah yang ditetapkan berdasarkan hasil pendataan Verifikasi dan Validasi data Dinas Sosial.
22. Pelayanan Keluarga Berencana adalah pasangan usia subur yang telah di KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) oleh petugas lapangan keluarga berencana yang akan mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
23. Gangguan Jiwa Berat adalah gangguan yang dialami seseorang yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir dan perilaku yang menimbulkan penderitaan pada individu dan dapat meresahkan masyarakat sehingga harus mendapatkan perawatan rujukan di Rumah Sakit jiwa.
24. Gelandangan adalah seorang yang hidup dalam keadaan yang tidak mempunyai tempat tinggal dan tidak memiliki pekerjaan tetap dan mengembara ditempat umum sehingga hidup tidak sesuai dengan norma kehidupan yang layak dalam masyarakat.
25. Pengemis adalah seorang yang mendapat penghasilan dengan meminta minta di tempat umum dengan berbagai cara dan alasan untuk mendapatkan belas kasihan dari orang lain.
26. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus penyebab *Aquired Immuno Deficiency Syndrom* yang digolongkan sebagai jenis yang disebut retrovirus yang menyerang sel darah putih dan melumpuhkan sistem kekebalan tubuh dan ditemukan dalam cairan tubuh penderita seperti darah, air mani, cairan vagina dan air susu ibu.
27. *Aquired Immuno Deficiency Syndrom* yang selanjutnya disingkat AIDS atau Sindroma Penurunan Kekebalan Tubuh adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia sehingga daya tahan tubuh melemah dan mudah terjangkit penyakit infeksi.
28. Kejadian Luar Biasa adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

29. Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat pada anak berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) <-3 SD dan atau ditemukan tanda-tanda klinis marasmus, kwashiorkor dan marasmus-kwashiorkor.
30. Kejadian Ikutan Paska Imunisasi adalah semua kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam masa 1 (satu) bulan setelah imunisasi.
31. Korban Kekerasan berbasis gender adalah orang yang karena jenis kelaminnya mengalami penderitaan fisik, psikis, ekonomi, sosial, seksual dan kerugian lain yang diakibatkan karena kebijakan negara, tindak kekerasan dan/atau ancaman kekerasan dalam lingkup rumah tangga dan masyarakat.
32. Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.
33. Masyarakat yang mengalami kejadian khusus adalah masyarakat dan/atau perorangan yang menderita cedera akibat kejadian yang menimbulkan keresahan seperti huru hara, bencana alam dan kegiatan yang diadakan oleh Pemerintah Daerah dan penyakit-penyakit tertentu.
34. Pelayanan Ambulan adalah pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
35. Gawat Darurat adalah suatu kondisi/keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

Bagian Kedua

Maksud, Tujuan dan Sasaran

Pasal 2

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Bupati ini adalah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Rentan Miskin dan Tidak Mampu diluar penerima bantuan iuran jaminan kesehatan yang tidak ditanggung oleh program jaminan kesehatan nasional BPJS kesehatan.

(2). Pemberian ...

- (2) Pemberian jaminan kesehatan masyarakat Miskin, Rentan Miskin dan Tidak Mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dikenakan biaya.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap pembiayaan pemberian Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Rentan Miskin dan Tidak Mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2).

Pasal 3

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah untuk memberikan pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Rentan Miskin dan Tidak Mampu diluar PBI jaminan kesehatan dan yang tidak ditanggung oleh program jaminan kesehatan nasional dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Pasal 4

- (1) Sasaran program pelayanan kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Rentan Miskin dan Tidak Mampu adalah masyarakat Kabupaten Sukabumi yang belum terdaftar sebagai peserta PBI jaminan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh program jaminan kesehatan nasional BPJS kesehatan.
- (2) Sasaran penerima manfaat jaminan pelayanan kesehatan adalah :
 - a. masyarakat miskin, rentan miskin dan tidak mampu yang belum mempunyai jaminan kesehatan;
 - b. peserta dari keluarga PKH yang belum mempunyai jaminan kesehatan;
 - c. anak dari peserta PBI JKN dan PBI Daerah yang membutuhkan layanan kesehatan segera;
 - d. orang dengan gangguan jiwa berat;
 - e. gelandangan, pengemis dan orang terlantar;
 - f. warga binaan penghuni lembaga pemasyarakatan;
 - g. masyarakat yang menderita penyakit HIV/AIDS;

masyarakat ...

- h. masyarakat yang menderita penyakit akibat KLB yang ditetapkan oleh Bupati;
- i. anak usia dibawah lima tahun (balita) yang menderita gizi buruk;
- j. kasus kejadian ikutan pasca imunisasi ;
- k. masyarakat yang menjadi korban kekerasan Berbasis Gender;
- l. anak yang menjadi korban kekerasan;
- m. korban tindak pidana perdagangan orang dan korban tindak kejahatan;
- n. masyarakat korban bencana alam pasca tanggap darurat; dan

BAB II

KEPESERTAAN, HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA

Bagian Kesatu

Kepesertaan

Pasal 5

Kepesertaan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Rentan Miskin dan Tidak Mampu diluar jaminan kesehatan adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang belum mempunyai jaminan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh program jaminan kesehatan nasional yang menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah.

Pasal 6

(1) Kepesertaan Jaminan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 meliputi :

- a. peserta keluarga miskin adalah masyarakat yang sangat miskin, rentan miskin dan tidak mampu yang masuk pada 11 kriteria Kemiskinan Kementerian berdasarkan hasil verifikasi dan validasi data Dinas Sosial serta tidak termasuk dalam kepesertaan BPJS Kesehatan sebagai Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional.

b. Masyarakat ...

- b. masyarakat yang belum terdaftar maupun yang sudah terdaftar ke dalam program Jaminan kesehatan baik PBI JKN maupun PBI daerah yang tidak dijamin atau ditanggung pelayanan kesehatannya oleh program jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan.
- (2) Perubahan data kepesertaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diverifikasi dan divalidasi oleh ketua Tim Koordinasi jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, rentan miskin dan tidak mampu setelah berkoordinasi dengan Dinas Sosial, BPKAD, Bappeda, Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil serta BPJS kesehatan.
 - (3) Verifikasi dan validasi terhadap perubahan data peserta pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling sedikit 6 (enam) bulan sekali terhadap usulan penambahan dan perubahan data sasaran penerima jaminan pelayanan kesehatan oleh Dinas Sosial.
 - (4) Data kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, rentan miskin dan tidak mampu, berdasarkan hasil verifikasi dan validasi data yang belum mempunyai jaminan kesehatan, selanjutnya akan diintegrasikan ke BPJS Kesehatan sebagai peserta KIS PBI Daerah segmen APBD melalui Dinas Sosial.
 - (5) Kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan di FKTP baik Puskesmas DTP maupun Non DTP mengacu kepada *data base* DTKS Dinas Sosial yang disahkan dalam surat keabsahan peserta oleh petugas pendaftaran Puskesmas setempat tanpa pembuatan surat rekomendasi dari SLRT.
 - (6) Kepesertaan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjutan mengacu kepada *data base* DTKS Dinas Sosial melalui surat rekomendasi Masyarakat Miskin Dinas Sosial dan surat jaminan pelayanan kesehatan oleh Dinas Kesehatan.

- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai susunan personalia, tugas pokok dan fungsi Tim Koordinasi jaminan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, rentan miskin dan tidak mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Bagian Kedua

Hak Peserta

Pasal 7

- (1) Peserta jaminan pelayanan kesehatan memiliki hak:
- a. mendapatkan pelayanan kesehatan ditingkat pertama rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas DTP maupun ditingkat lanjutan dengan ruang perawatan di kelas III dengan obat-obatan mengacu kepada formularium nasional;
 - b. memperoleh manfaat pelayanan dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Daerah;
 - d. menyampaikan saran, keluhan/pengaduan, kritik baik secara lisan atau tertulis kepada pemberi pelayanan kesehatan; dan
 - e. mendapatkan surat keabsahan peserta di Puskesmas dan surat rekomendasi kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan untuk perawatan di rumah sakit bagi masyarakat miskin, rentan miskin dan tidak mampu untuk pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama.
- (2) Dalam hal peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menginginkan hak perawatan selain di kelas III maka kepesertaan jaminan pelayanan kesehatannya dinyatakan gugur.

(3) Peserta ...

- (3) Peserta jaminan pelayanan kesehatan mendapatkan hak kepesertaan yang sama dengan jaminan kesehatan lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan.

Pasal 8

Apabila pasien dalam kondisi gawat darurat (*emergency*), sebelum mendapatkan rekomendasi kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf e, demi penyelamatan jiwa pasien dapat mengakses fasilitas kesehatan dan didaftarkan sebagai rencana peserta penerima jaminan pelayanan kesehatan dengan berkoordinasi terlebih dahulu kepada pengelola jaminan pelayanan kesehatan.

Bagian Ketiga

Kewajiban Peserta

Pasal 9

Peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan wajib:

- a. mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan;
- b. melengkapi persyaratan kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan paling lama 3 x 24 jam hari kerja untuk rawat inap;
- c. mengikuti alur pelayanan kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. membuat surat keabsahan peserta bagi pelayanan kesehatan di Puskesmas; dan
- e. membuat rekomendasi kepesertaan dan atau jaminan pelayanan kesehatan sebagai peserta jaminan pelayanan kesehatan bagi peserta yang dirawat di rumah sakit yang bekerjasama.

BAB III
MEKANISME PELAYANAN DAN KEPESERTAAN

Bagian Kesatu

Mekanisme Pelayanan

Pasal 10

- (1) Masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan jaminan biaya pelayanan kesehatan dari Pemerintah Daerah, melampirkan identitas diri :
 - a. fotocopi KTP atau surat keterangan domisili dari instansi yang berwenang;
 - b. fotocopy Kartu Keluarga;
 - c. surat keabsahan peserta bagi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas DTP;
 - d. Formulir usulan dari desa setempat untuk Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS)
 - e. surat keterangan tidak mampu dari desa/kelurahan diketahui oleh kecamatan;
 - f. rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit berdasarkan indikasi medis, kecuali dalam kondisi gawat darurat (*emergency*);
 - g. surat keterangan atau rekomendasi masyarakat miskin dari SLRT Dinas Sosial bagi peserta yang dirawat inap di rumah sakit; dan
 - h. surat keterangan atau rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan bagi peserta rawat inap di rumah sakit.
- (2) Kelengkapan administrasi pelayanan kesehatan di Puskesmas, Puskesmas DTP dan atau Puskesmas Poned cukup melampirkan kelengkapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, b, c dan huruf d;
- (3) Kelengkapan administrasi rawat jalan baik di Puskesmas maupun di rumah sakit rujukan digunakan paling banyak untuk 4 (empat) kali kunjungan dalam kurun waktu 1 (satu) bulan, dan selanjutnya akan diusulkan kepada BPJS kesehatan sebagai peserta KIS PBI Daerah Segmen APBD.

(4) Bagi ...

- (4) Bagi Peserta yang mempunyai kartu jaminan kesehatan, pada kasus tertentu, maka dana jaminan pelayanan kesehatan hanya 1 (satu) kali kunjungan pelayanan rawat inap, dan pelayanan kesehatan selanjutnya kembali menggunakan kartu jaminan kesehatannya.
- (5) Pelayanan kesehatan ditingkat lanjutan (Rumah Sakit) dari dana jaminan pelayanan kesehatan hanya 1 (satu) kali pelayanan rawat inap, kecuali pada kasus tertentu yang memerlukan tindakan lebih lanjut berdasarkan keterangan indikasi medis.
- (6) Dalam kondisi gawat darurat (*emergency*), persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c paling lambat harus sudah diterima dalam kurun waktu 3 x 24 jam hari kerja setelah masuk Rumah Sakit.
- (7) Apabila pasien dinyatakan sudah pulang dan atau melewati batas waktu 3 x 24 jam hari kerja dan tidak bisa memenuhi kelengkapan administrasi, maka Rumah Sakit berhak menyatakan sebagai pasien umum.
- (8) Penambahan persyaratan administrasi dapat diperkuat dengan melampirkan surat keterangan atau rekomendasi kasus dari instansi yang berwenang.
- (9) Ketentuan kelengkapan persyaratan administrasi disesuaikan dengan kondisi kejadian kasus dan sasaran peserta yang tercantum pada pasal (4).

Bagian Kedua

Mekanisme Kepesertaan

Pasal 11

Mekanisme untuk memperoleh dana jaminan pelayanan kesehatan bagi peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a, b dan huruf c adalah sebagai berikut:

- a. fotokopi kartu tanda penduduk Kabupaten Sukabumi yang masih berlaku;
- b. fotokopi akta kelahiran atau surat keterangan kelahiran bagi yang belum berhak memiliki kartu tanda penduduk, kartu KIS PBI atau kartu PKH orangtuanya;
- c. fotokopi ...

- c. fotokopi kartu keluarga;
- d. surat keterangan tidak dijamin pelayanan kesehatan dari instansi terkait untuk kasus diluar jaminan kesehatan nasional;
- e. surat rujukan secara berjenjang oleh dokter FKTP maupun dari dokter FKTRL, khusus untuk pasien rujukan;
- f. surat keterangan dirawat bagi pasien yang sudah dirawat inap; dan
- g. rekomendasi kepesertaan miskin dari Dinas Sosial.
- h. rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan.

Pasal 12

Mekanisme untuk memperoleh dana jaminan pelayanan kesehatan bagi peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf d, e, dan huruf f adalah sebagai berikut:

- a. Fotocopy KTP atau Surat Keterangan Domisili dari Desa Setempat;
- b. surat rujukan secara berjenjang dari dokter puskesmas, khusus untuk pasien rujukan;
- c. surat keterangan dirawat bagi pasien yang sudah dirawat inap;
- d. bagi warga binaan penghuni lapas melampirkan surat keterangan dari kepala lapas;
- e. rekomendasi kepesertaan miskin dari Dinas Sosial; dan
- f. rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan.

Pasal 13

Mekanisme untuk memperoleh dana jaminan pelayanan kesehatan bagi peserta sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 4 huruf g sampai dengan huruf j, adalah sebagai berikut:

- a. fotokopi KTP, kartu Keluarga Kabupaten Sukabumi yang masih berlaku;

b. fotokopi ...

- b. fotokopi akta kelahiran atau surat keterangan lahir bagi yang belum berhak
- c. surat rujukan secara berjenjang dari dokter Puskesmas maupun dari rumah sakit khusus untuk pasien rujukan;
- d. surat keterangan dirawat bagi pasien yang sudah dirawat inap;
- e. surat keterangan/rekomendasi dari instansi yang terkait;
- f. rekomendasi kepesertaan miskin dari Dinas Sosial; dan
- g. rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan.

Pasal 14

Mekanisme untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan bagi peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf k sampai dengan huruf m adalah sebagai berikut:

- a. fotokopi kartu tanda penduduk Kabupaten Sukabumi yang masih berlaku;
- b. fotokopi akta kelahiran atau surat keterangan lahir bagi yang belum berhak
- b. fotokopi kartu keluarga;
- c. surat rujukan secara berjenjang dari dokter puskesmas maupun dari rumah sakit khusus untuk pasien rujukan;
- d. surat keterangan dirawat bagi pasien yang sudah dirawat inap;
- e. surat keterangan kejadian kasus/rekomendasi dari instansi terkait.;
- f. rekomendasi kepesertaan miskin dari Dinas Sosial; dan
- g. rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan.

Pasal 15

Mekanisme untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf n dan huruf o adalah sebagai berikut:

- a. fotokopi kartu tanda penduduk Kabupaten Sukabumi yang masih berlaku;

b. fotokopi ...

- b. fotokopi akta kelahiran atau surat keterangan lahir bagi yang belum berhak memiliki kartu tanda penduduk Kabupaten Sukabumi;
- c. fotokopi kartu keluarga;
- d. surat rujukan secara berjenjang dari dokter puskesmas maupun dari rumah sakit khusus untuk pasien rujukan;
- e. surat keterangan dirawat bagi pasien yang sudah dirawat inap;
- f. surat keterangan kejadian kasus/rekomendasi dari instansi terkait atau;
- g. surat keterangan dari perangkat daerah yang membidangi tanggap darurat
- h. bencana alam, atau surat rekomendasi dari tim koordinasi jaminan pelayanan kesehatan; dan
- i. rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan.

Bagian Ketiga

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 16

Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, dilaksanakan di:

- a. Puskesmas;
- b. Puskesmas Poned;
- c. Puskesmas DTP;
- d. Puskesmas Pembantu;
- e. Rumah Sakit Pemerintah;
- f. Rumah Sakit Swasta yang telah bekerjasama;
- g. Rumah Sakit yang berada di dalam dan di luar wilayah Daerah Kabupaten serta telah melakukan kerjasama jaminan pelayanan kesehatan dengan Pemerintah Daerah melalui tim pengelola jaminan pelayanan kesehatan.

Pasal 17

Untuk masyarakat miskin, rentan miskin dan tidak mampu yang berdomisili di wilayah Daerah yang kondisinya tidak memungkinkan untuk memperoleh pelayanan dari Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, pelayanan perawatan dapat diperoleh di Rumah Sakit di luar wilayah Daerah Kabupaten yang telah melakukan kerjasama pelayanan kesehatan dan/atau setelah ada persetujuan/rekomendasi dari Tim Pengelola paling lama 3 (tiga) hari setelah masuk Rumah Sakit.

Pasal 18

Apabila dalam kondisi gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien, peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit yang tidak melaksanakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Daerah setelah ada persetujuan dari pihak Rumah Sakit dan Tim Pengelola jaminan pelayanan kesehatan, setelah kondisi pasien sudah pulih agar segera dirujuk ke Rumah Sakit yang bekerjasama.

Bagian Keempat

Kewajiban Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pasal 19

Dalam melaksanakan pelayanan, Pemberi Pelayanan Kesehatan berkewajiban:

- a. Puskesmas, Puskesmas DTP dan Puskesmas PONEB serta jaringannya :
 1. memeriksa dan menangani peserta sesuai dengan kemampuan dan kewenangannya;
 2. memeriksa kelengkapan administrasi;
 3. apabila pasien tidak dapat ditangani di FKTP, dibuat surat rujukan dengan menggunakan rujukan jaminan pelayanan kesehatan yang ditujukan ke Rumah Sakit di wilayah Daerah Kabupaten dengan mempertimbangkan jarak tempuh dan fasilitas di tempat rujukan;

4. mengajukan klaim ...

4. mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan tiap bulan; dan
 5. melaporkan hasil kegiatan pelayanan kesehatan tiap bulan kepada Tim Pengelola jaminan pelayanan kesehatan.
- b. Rumah Sakit Pemerintah :
1. melaksanakan pelayanan kesehatan terhadap pasien;
 2. memeriksa kelengkapan administrasi, berupa KTP, KK, surat rujukan, dan surat keterangan/rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan;
 3. berkoordinasi dengan PMI cabang Sukabumi untuk pelayanan transfusi darah;
 4. pasien dengan kondisi gawat darurat (*emergency*) yang masuk Rumah Sakit, tidak perlu membuat surat rujukan dari Puskesmas, tetapi Rumah Sakit membuat surat keterangan dirawat beserta diagnosa penyakit ditujukan kepada tim pengelola jaminan pelayanan kesehatan;
 5. apabila peserta tersebut dirujuk langsung ke Rumah Sakit pemerintah diluar wilayah Daerah Kabupaten, maka surat keterangan dirawat dari Rumah Sakit disampaikan ke Tim pengelola jaminan pelayanan kesehatan untuk dibuatkan surat keterangan/rekomendasi jaminan pembiayaan;
 6. pasca perawatan lanjutan, pihak Rumah Sakit wajib membuat surat rujukan balik yang ditujukan ke Puskesmas setempat;
 7. mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan tiap bulan; dan
 8. memberikan laporan kegiatan pelayanan kesehatan tiap bulan kepada Tim Pengelola jaminan pelayanan kesehatan.

Bagian Kelima
Manfaat Pelayanan Kesehatan
Pasal 20

- (1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi :
- a. administrasi pelayanan;
 - b. pelayanan promotif dan preventif;
 - c. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - d. tindakan medis nonspesialistik baik operatif maupun nonoperatif;
 - e. pelayanan obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan pelayanan KB ; serta
 - f. rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
- (2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi :
- a. administrasi pelayanan;
 - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar;
 - c. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - d. tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - e. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. rehabilitasi medis;
 - h. pelayanan transfusi darah;
 - i. pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
 - j. perawatan inap non intensif; dan
 - k. perawatan inap di ruang intensif.
- (3) Pelayanan ambulans :
- a. Pelayanan ambulans bagi pasien rujukan Masyarakat Miskin, rentan miskin dan tidak mampu dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan
 - b. disertai ...

- b. disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien;
- c. Tarif dan tata cara klaim pelayanan transportasi ambulans mengacu kepada peraturan perundang-undangan.
- d. Jaminan pelayanan kesehatan bagi Masyarakat Miskin, rentan miskin dan tidak mampu berlaku hanya 1 (satu) kali Kunjungan rawat inap dan 4 kali kunjungan dalam 1 bulan rawat jalan bagi pasien rujukan tindak lanjut.

BAB IV

PEMBIAYAAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 21

- (1) Pembiayaan kesehatan bagi peserta jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh Dinas kesehatan diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Keluarga Miskin, rawan miskin dan tidak mampu yang belum mempunyai jaminan kesehatan baik PBI Daerah maupun PBI APBN yang dibuktikan dengan surat keterangan miskin berdasarkan hasil survey lapangan masuk ke dalam kategori kemiskinan dinas sosial;
 - b. Peserta yang terdaftar sebagai PBI jaminan kesehatan nasional dibiayai hanya 1 (satu) kali pelayanan oleh Pemerintah Daerah pada kasus yang tidak bisa dijamin oleh BPJS, setelah dinyatakan masuk ke dalam kategori/sasaran peserta sebagaimana dimaksud pada pasal (4) dan berhak mendapatkan pelayanan dari dana jaminan pelayanan kesehatan;
 - c. Masyarakat dengan kejadian/kasus tertentu yang dibuktikan dengan surat keterangan dari instansi yang berwenang dan mendapatkan persetujuan dari tim koordinasi jaminan pelayanan kesehatan.

(2) Peserta ...

- (2) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, b dan huruf c adalah masyarakat yang dirawat di kelas 3 (tiga) dan melengkapi persyaratan administrasi jaminan pelayanan kesehatan pada saat masuk Rumah Sakit.
- (3) Apabila peserta pada saat dirawat di Rumah Sakit menginginkan naik kelas perawatan, maka hak kepesertaan jaminan pelayanan kesehatannya dinyatakan gugur.
- (4) Pembiayaan pelayanan yang tidak dijamin oleh dana jaminan pelayanan kesehatan seperti antara lain:
 - a. surat keterangan sehat/Medical Chek Up;
 - b. Pemeriksaan Catin;
 - c. Pemeriksaan Haji;
 - d. percobaan bunuh diri;
 - e. penyakit akibat gangguan obat/alkohol (napza);
 - f. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 - g. tindakan yang tidak sesuai dengan prosedur yang berlaku;
 - h. kenakalan remaja (tawuran);
 - i. program jaminan yang ditanggung oleh kecelakaan lalulintas, kecelakaan kerja atau kecelakaan akibat hubungan kerja; dan
 - j. Rumah Sakit yang tidak melaksanakan kerjasama dengan Pemerintah Daerah.
- (5) Bagi korban kecelakaan lalu lintas (kecelakaan ganda) peserta Masyarakat Miskin maka sebagai penjamin pertama (*primary payer*) adalah melalui PT. Jasa Raharja, dan koordinasi manfaat dapat mengajukan ke penjamin kedua (*secondary payer*) melalui dana jaminan pelayanan kesehatan apabila pembiayaan melebihi batas maksimal dari penjamin pertama.

Pasal 22

- (1) Pembiayaan dana Jaminan Pelayanan Kesehatan mempunyai 2 (dua) pengelolaan keuangan meliputi:
 - a. Dana jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh Dinas Kesehatan; dan
 - b. Dana jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola di Rumah Sakit Umum Daerah (BLUD Rumah Sakit Sekarwangi, BLUD Rumah Sakit Palabuhanratu dan BLUD Rumah Sakit Sagaranten).
- (2) Pembiayaan dari dana jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh Dinas Kesehatan dapat digunakan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. warga masyarakat Kabupaten Sukabumi;
 - b. peserta masuk ke dalam kategori kemiskinan pada Dinas Sosial;
 - c. masuk ke dalam sasaran penerima manfaat dana jaminan pelayanan kesehatan;
 - d. tidak double jaminan/pembiayaan dengan sumber anggaran yang sama;
 - e. peserta tidak dijamin oleh program jaminan kesehatan nasional;
 - f. peserta memenuhi kelengkapan administrasi tepat waktu;
 - g. melampirkan KK, KTP, berita acara survey lapangan, surat keterangan miskin dari kepala desa/kelurahan dan kecamatan;
 - h. surat keterangan/rekomendasi kepesertaan miskin dari Dinas Sosial; dan
 - i. surat rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan.
 - j. Pembiayaan dana jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan dimanfaatkan untuk penagihan pembayaran klaim pasien dari rumah sakit swasta dan rumah sakit diluar milik Pemerintah Daerah Kabupaten Sukabumi yang bekerjasama.

(3) Pembiayaan ...

(3) Pembiayaan dari dana Jaminan Pelayanan Kesehatan yang dikelola oleh Rumah Sakit Umum Daerah dapat digunakan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. tidak boleh double jaminan/pembiayaan dengan sumber anggaran yang sama;
- b. peserta tersebut tidak dijamin/dibiayai oleh dana jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh Dinas Kesehatan;
- c. peserta adalah hanya yang dirawat di Rumah Sakit Sekarwangi dan Rumah Sakit Palabuhanratu;
- d. melampirkan KK, KTP, berita acara survey lapangan, surat keterangan miskin dari kepala desa/kelurahan dan kecamatan;
- e. peserta masuk kedalam kategori kemiskinan melalui surat rekomendasi dari Dinas Sosial ;dan
- f. surat rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas kesehatan.
- g. pembiayaan dana jaminan pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan dapat juga dimanfaatkan untuk penagihan klaim pasien dari rumah sakit sekarwangi dan rumah sakit palabuhanratu, dengan ketentuan melampirkan surat pernyataan ketersediaan dana di rumah sakit sudah tidak mencukupi/habis dari kuasa pengguna anggaran atau dari direktur rumah sakit.

Bagian Kedua

Pembayaran Klaim

Pasal 23

(1) Pembayaran klaim dari dana jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh Dinas Kesehatan dengan ketentuan sebagai berikut;

- a. Pemberi pelayanan kesehatan mengajukan klaim biaya pelayanan setiap bulan kepada Pemerintah Daerah melalui dinas kesehatan;

b. Pengajuan klaim ...

- b. Pengajuan klaim yang diterima akan diverifikasi lebih lanjut oleh tim pengelola dana jaminan pelayanan kesehatan dan hasil verifikasi akan diinformasikan kembali kepada pemberi pelayanan kesehatan;
- c. Hasil verifikasi klaim setelah disetujui akan dibuatkan berita acara verifikasi klaim layak bayar dan ditandatangani oleh kedua belah pihak;
- d. Besaran klaim yang diajukan oleh Puskesmas dan jaringannya termasuk sesuai tarif yang berlaku pada PPK BLUD Puskesmas.
- e. Pelaksanaan pembayaran klaim pelayanan di Puskesmas dari dana jaminan pelayanan kesehatan, melalui bendahara pengeluaran pada instansi terkait yang berwenang.
- f. Penagihan klaim bagi Rumah Sakit Sekarwangi Rumah, Sakit Palabuhanratu dan Rumah Sakit Sagaranten kepada Dinas Kesehatan dapat dibayarkan dengan ketentuan harus melampirkan surat pernyataan dari kuasa pengguna anggaran tentang ketersediaan dana di Rumah Sakit masing-masing sudah tidak mencukupi/habis.
- g. Pembayaran klaim pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum maupun akan dibayarkan melalui transfer ke rekening bank yang tercantum dalam surat perjanjian kerjasama.
- h. Besaran klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit rujukan dan Rumah Sakit rujukan pusat, berdasarkan hasil kesepakatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan tertuang dalam Kesepakatan perjanjian kerjasama.
- i. Hasil pembayaran klaim bagi peserta jaminan pelayanan kesehatan akan dilaporkan kepada Sekretaris Daerah melalui Tim Koordinasi jaminan pelayanan kesehatan setiap 3 (tiga) bulan sekali.

- (2) Pembayaran klaim dari dana jaminan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh Rumah Sakit Daerah dengan ketentuan sebagai berikut;
- a. Rumah Sakit mengajukan klaim biaya pelayanan setiap bulan kepada pemerintah daerah kabupaten sukabumi;
 - b. Pengajuan klaim akan diverifikasi lebih lanjut oleh tim pengelola internal Rumah Sakit dari dana jaminan pelayanan kesehatan;
 - c. Hasil verifikasi klaim setelah disetujui, dibuatkan berita acara verifikasi klaim layak bayar yang ditandatangani oleh pejabat yang terkait;
 - d. Besaran klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit sesuai tarif yang berlaku pada Peraturan Daerah tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit, dan atau mengacu kepada peraturan perundang-undangan.
 - e. Pelaksanaan pembayaran klaim pelayanan dari dana jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, melalui bendahara pengeluaran pada instansi terkait yang berwenang.
 - f. Hasil penyerapan pembayaran klaim dana jaminan pelayanan kesehatan dilaporkan kepada Sekretaris Daerah oleh Rumah Sakit setiap 3 (tiga) bulan sekali yang di tembuskan kepada Kepala Dinas Kesehatan.

Bagian Keempat

Pemanfaatan Dana

Pasal 24

- (1) Pemanfaatan dana difasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (Puskesmas BLUD) milik pemerintah daerah:
- a. jasa pelayanan kesehatan paling banyak sebesar 60% (enam puluh persen);
 - b. biaya operasional 40% (empat puluh persen); dan atau
 - c. sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Pemanfaatan ...

- (2) Pemanfaatan dana difasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (rumah sakit BLUD) milik pemerintah daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat

Penyelenggara

Pasal 25

Penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh :

- a. Tim Koordinasi dana jaminan pelayanan kesehatan yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati;
- b. Tim Pelaksana/pengelola dana jaminan pelayanan kesehatan pada Dinas Kesehatan yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan; dan
- c. Tim Pelaksana/pengelola dana jaminan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Sekarwangi dan Rumah Sakit Palabuhanratu yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit setempat.

Pasal 26

Tim Pelaksana/Pengelola dana jaminan pelayanan kesehatan oleh Dinas Kesehatan mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. melaksanakan kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah;
- b. menunjuk petugas verifikasi dokumen klaim pelayanan kesehatan;
- c. melaksanakan koordinasi, konsultasi, sosialisasi dan kerjasama antar lembaga dan sektor terkait;
- d. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun rujukan baik milik Pemerintah Daerah maupun swasta;
- e. membuat surat rekomendasi jaminan pelayanan kesehatan;

f. menerima ...

- f. menerima penanganan keluhan, saran dan kritik perbaikan layanan dari dana jaminan pelayanan kesehatan;
- g. memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat dan peserta jaminan pelayanan kesehatan;
- h. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan dana jaminan pelayanan kesehatan;
- i. melakukan pengelolaan dan penatausahaan pelayanan kepesertaan;
- j. menerima berkas klaim pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan;
- k. melaksanakan fungsi verifikasi dan validasi data kepesertaan, klaim pelayanan dan pembiayaan yang diajukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan;
- l. membuat rekapitulasi hasil verifikasi klaim pembiayaan pelayanan yang diajukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan;
- m. mengajukan permohonan pembayaran klaim kepada fasilitas pelayanan kesehatan;
- n. menyampaikan laporan hasil pelaksanaan kegiatan dana jaminan pelayanan kesehatan kepada sekretaris daerah melalui tim koordinasi jaminan pelayanan kesehatan.

Pasal 27

Tim Pelaksana/Pengelola dana jaminan pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Pemerintah Daerah mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. melaksanakan kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah;
- b. melaksanakan koordinasi, konsultasi, sosialisasi dan kerjasama antar lembaga dan sektor terkait;
- c. membuat surat jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit masing-masing;
- d. menerima penanganan keluhan, saran dan kritik perbaikan layanan kesehatan;

e. memberikan ...

- e. memberikan informasi dan edukasi kepada peserta jaminan pelayanan kesehatan;
- f. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap dana jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit masing-masing;
- g. melakukan pengelolaan dan penatausahaan dana dan kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan yang terintegrasi ke dalam system aplikasi Rumah Sakit;
- h. menyimpan berkas klaim dana jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit masing-masing;
- i. melaksanakan validasi data kepesertaan, klaim pelayanan dan pembiayaan dana jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit masing-masing;
- j. membuat rekapitulasi hasil verifikasi klaim pembiayaan jaminan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit masing-masing;
- k. mengajukan permohonan pembayaran klaim di Rumah Sakit kepada pemerintah daerah kabupaten sukabumin melalui bagian keuangan Dinas Kesehatan;
- l. menyampaikan laporan hasil pelaksanaan kegiatan dana jaminan pelayanan kesehatan kepada sekretaris daerah melalui tim koordinasi jaminan pelayanan kesehatan setiap tiga (3) bulan sekali.

BAB V

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 28

- (1) Pencatatan dan pelaporan atas kegiatan penyelenggaraan dana jaminan pelayanan kesehatan dilakukan secara rutin tiap bulan oleh tim pengelola Jampelkes kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi.
- (2) Menyampaikan laporan hasil pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan dana jaminan pelayanan kesehatan kepada Sekretaris Daerah melalui tim koordinasi jaminan pelayanan kesehatan setiap 3 (tiga) bulan sekali.

(3) Hal-hal ...

- (3) Hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan teknis akan diatur lebih lanjut oleh keputusan kepala Dinas Kesehatan.

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 29

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Sukabumi Nomor 12 Tahun 2018 tentang Bantuan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu diluar Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Daerah Kabupaten Sukabumi Tahun 2018 Nomor 12 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 30

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Sukabumi.

Ditetapkan di Palabuhanratu

pada tanggal 22 MARET 2021

BUPATI SUKABUMI,



MARWAN HAMAMI

Diundangkan di Palabuhanratu

pada tanggal 22 MARET 2021

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SUKABUMI,



BARNAS ALUJIN