



**GUBERNUR GORONTALO**  
**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 dalam rangka peningkatan pelayanan publik dan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik, perlu ditetapkan aturan yang menjamin terselenggaranya jaminan kesehatan masyarakat di provinsi Gorontalo;
- b. bahwa dengan beroperasinya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mulai tanggal 1 Januari 2014, maka terhadap Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2012 tentang Jaminan Kesehatan Semesta perlu dilakukan penataan ulang.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu membentuk Peraturan Daerah yang baru tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Provinsi Gorontalo 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 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 4436);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
9. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235);
10. 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);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Informasi Penyelenggaraan

Pemerintahan Daerah Kepada Masyarakat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4693);

14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
16. Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan, dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
17. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 32);
22. Peraturan Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 12 Tahun 2013 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Provinsi Gorontalo (Lembaran Daerah Provinsi Gorontalo Tahun 2013 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 6).

Dengan Persetujuan Bersama  
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH PROVINSI GORONTALO  
dan  
GUBERNUR GORONTALO

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH YANG TERINTEGRASI DENGAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini, yang dimaksud dengan :

1. Provinsi adalah Provinsi Gorontalo
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Gorontalo
3. Gubernur adalah Gubernur Gorontalo
4. Bupati/Walikota adalah Bupati dan Walikota se-Provinsi Gorontalo.
5. Pemerintah Kabupaten/kota adalah Pemerintah Kabupaten/Kota se-Provinsi Gorontalo
6. Perjanjian Kerja Sama adalah kesepakatan antara Gubernur dengan Bupati/Walikota dan atau Gubernur/Bupati/Walikota dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang dibuat secara tertulis serta menimbulkan hak dan kewajiban.
7. Biaya adalah biaya atas jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan berdasarkan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
8. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan.
9. Program Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah Jaminan perlindungan kesehatan yang berlaku di wilayah provinsi Gorontalo yang pembiayaannya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi dan Kabupaten/Kota.
10. Program Jaminan Kesehatan Semesta yang selanjutnya disingkat Jamkesta adalah program Jamkesda Pemerintah Daerah Provinsi Gorontalo.

11. Jaminan Kesehatan Nasional selanjutnya disingkat JKN adalah program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.
12. Peserta adalah penduduk provinsi Gorontalo yang memenuhi syarat kepesertaan dan terdaftar sebagai peserta Jamkesda yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota.
13. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, Pemberi Kerja dan/atau pemerintah untuk Program Jaminan Kesehatan.
14. Manfaat adalah faedah Jaminan Sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
15. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah Fasilitas Kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya layanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
16. Rujukan adalah pelimpahan pasien ke Faskes mempunyai fasilitas dan tenaga kesehatan lebih lengkap berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
17. Klaim adalah pengajuan biaya oleh Faskes kepada BPJS akibat pelayanan yang telah diberikan kepada peserta.
18. Biaya Kapitasi adalah biaya operasional yang diberikan kepada Fasilitas Kesehatan sebagai kompensasi atas pelayanan dasar yang telah diberikan kepada peserta.
19. Pengendalian adalah upaya manajerial yang meliputi manajemen kepesertaan, pelayanan dan pembiayaan yang dilaksanakan oleh institusi yang di tunjuk.
20. Pengawasan adalah fungsi kontrol yang dilaksanakan oleh institusi fungsional baik internal maupun eksternal dalam rangka efisiensi dan efektifitas serta mencegah terjadinya penyimpangan dalam pengelolaan Jamkesda.
21. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

## BAB II

### ASAS, PRINSIP, DAN TUJUAN

#### Pasal 2

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Daerah dilaksanakan berdasarkan asas :

- a. kemanusiaan;
- b. manfaat; dan
- c. keadilan sosial

### Pasal 3

Penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan dilaksanakan berdasarkan prinsip :

- a. kegotong-royongan;
- b. nirlaba;
- c. keterbukaan;
- d. kehati-hatian;
- e. akuntabilitas;
- f. portabilitas;
- g. kepesertaan bersifat wajib;
- h. dana amanat;
- i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

### Pasal 4

Tujuan Program Jaminan Kesehatan Daerah adalah :

- a. pemberian Jaminan pembiayaan kesehatan kepada peserta secara pra upaya melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Pemerintah Provinsi Gorontalo dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Pemerintah Kabupaten/ Kota.
- b. meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat Gorontalo;
- c. meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Gorontalo.
- d. membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi masyarakat untuk mewujudkan masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat.
- e. tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh masyarakat di Provinsi Gorontalo.

## BAB III

### PEMBIAYAAN DAN IURAN

#### Pasal 5

- (1) Pembiayaan terhadap peserta Jaminan Kesehatan Daerah diwilayah Provinsi Gorontalo dilaksanakan bersama antara Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota;
- (2) Pembiayaan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk *sharing* pembiayaan dan kepesertaan, yaitu 60 % (enam puluh persen) peserta oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan 40 % (empat puluh persen) peserta oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota;

- (3) Pembiayaan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk Pemerintah Daerah Provinsi Gorontalo dilaksanakan melalui kegiatan Jaminan Kesehatan Semesta dan untuk Pemerintah Kabupaten/ Kota dilaksanakan melalui Program Jaminan Kesehatan Daerah masing-masing;
- (4) Ketentuan lebih lanjut akan diatur dalam perjanjian kerja sama antara Gubernur dan Bupati/ Walikota.

#### Pasal 6

Besaran iuran peserta disesuaikan dengan ketentuan peraturan yang berlaku tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI).

### BAB IV

#### KEPESERTAAN

##### Bagian Pertama

##### Kriteria Peserta dan Pendataan

#### 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;
- (3) Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan melalui surat Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan kuota yang telah ditentukan;
- (4) Anak yang terlahir dari peserta Jamkesda otomatis menjadi peserta dengan menunjukkan akta kelahiran atau surat keterangan lahir;
- (5) Gelandangan, Pengemis dan peserta program Keluarga Harapan (PKH), masyarakat miskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan secara otomatis menjadi peserta Jamkesda dengan membawa surat keterangan dari Dinas Sosial dan Lembaga Pemasyarakatan.

#### Pasal 8

- (1) Pendataan sasaran kepesertaan dilakukan secara berjenjang oleh Tim Koordinasi Pendataan yang dibentuk dengan keputusan Bupati/Walikota;
- (2) Pendataan dimulai dari desa/kelurahan lalu disampaikan ke kecamatan untuk dilakukan rekapitulasi untuk dilaporkan ke Tim Koordinasi Pendataan Kabupaten/Kota;

- (3) Tim Koordinasi Pendataan Kabupaten/Kota mengusulkan penetapan peserta ke Bupati/Walikota;
- (4) Data peserta yang telah ditetapkan, disusun dan ditempatkan pada database kepesertaan Jamkesda (master file) di dinas kesehatan Kabupaten/Kota;
- (5) Data peserta yang telah ditetapkan pada ayat (4) selanjutnya diajukan ke Dinas Kesehatan Provinsi untuk disampaikan ke BPJS kesehatan;
- (6) Setiap peserta yang telah di registrasi akan mendapatkan kartu JKN;
- (7) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama tim koordinasi Kabupaten/Kota melakukan *updating* data kepesertaan setiap 3 (tiga) bulan sekali dan melaporkan hasilnya ke Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.
- (8) Pendistribusian kartu kepesertaan JKN dilaksanakan oleh Pemerintah Kecamatan dan Kelurahan/Desa di bawah koordinasi Dinas.

## Bagian Kedua

### Tim Koordinasi Pendataan Peserta

#### Pasal 9

- (1) Tim Koordinasi Pendataan dibentuk dan ditetapkan oleh Bupati/ Walikota
- (2) Tim Koordinasi Pendataan sebagaimana dimaksud ayat (1), sekurang-kurangnya terdiri dari unsur Dinas Sosial (sebagai koordinator tim), Bappeda (Sekretaris Tim) dan Dinas Kesehatan, BPS (Badan Pusat Statistik), BKKBN, BPJS Kesehatan, Dinas atau Lembaga yang menangani Catatan Sipil dan Kependudukan masing-masing sebagai anggota.
- (3) Tim Koordinasi Pendataan berkewajiban melakukan verifikasi dan validasi kelayakan calon peserta.
- (4) Tim Koordinasi Pendataan berhak mengusulkan pembatalan kepesertaan kepada Bupati/ Walikota terhadap peserta Jaminan Kesehatan Daerah, baik Provinsi maupun Kabupaten/ Kota, yang terbukti secara administratif dan faktual tidak memenuhi kriteria penerima bantuan iuran.

## BAB V

### HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA

#### Pasal 10

Peserta berhak :

- a. mendapatkan pelayanan sesuai dengan manfaat layanan yang telah ditentukan berdasarkan peraturan perundang-undangan;



- b. memperoleh informasi tentang Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) secara benar melalui sumber-sumber yang berwenang memberikan informasi.

#### Pasal 11

Peserta mempunyai kewajiban :

- a. mematuhi ketentuan prosedur yang telah ditetapkan dalam pelaksanaan Jamkesda
- b. memberikan informasi yang benar selama menjadi peserta Jamkesda.

### BAB VI

#### PENGELOLAAN

##### Pasal 12

- (1) Pengelolaan Jamkesda dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan Cabang Gorontalo yang diintegrasikan dengan JKN.
- (2) Pengelolaan Jamkesda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan melalui perjanjian kerjasama yang ditandatangani oleh Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan Cabang Gorontalo.
- (3) Tata cara pengelolaan Jamkesda dilaksanakan berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

##### Pasal 13

Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam menyelenggarakan Jamkesda diatur sebagaimana ketentuan dalam Undang-Undang BPJS.

### BAB VII

#### FASILITAS KESEHATAN (FASKES)

##### Bagian Pertama

##### Bentuk dan Fungsi Fasilitas Kesehatan

##### Pasal 14

- (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (2) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat Lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merujuk pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

##### Pasal 15

- (1) Bagi peserta yang tidak dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, dapat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan Perundang-Undangan.

- (2) Untuk kasus-kasus yang tidak dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan di wilayah Provinsi Gorontalo dapat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan di Luar wilayah Provinsi Gorontalo yang lebih lengkap Fasilitas dan Ketenagaan berdasarkan indikasi medis dan rekomendasi medik;
- (3) Peserta yang tidak mengindahkan sistem rujukan berjenjang dan tidak membawa Surat Rujukan maka biaya sepenuhnya menjadi tanggung jawab peserta ;
- (4) Dalam keadaan darurat peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan pada setiap pemberi pelayanan kesehatan;
- (5) Ruang Rawat Inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan adalah di kelas III;
- (6) Jika peserta meminta kelas perawatan yang lebih tinggi, maka hak kepesertaan dinyatakan tidak berlaku pada saat itu, dan biaya sepenuhnya menjadi tanggung jawab peserta.

## Bagian Kedua

### Tanggung Jawab Fasilitas Kesehatan

#### Pasal 16

- (1) Fasilitas Kesehatan dilarang menarik pembayaran dari peserta sepanjang peserta memenuhi seluruh prosedur dan pelayanan yang diberikan sesuai dengan manfaat layanan yang telah ditentukan;
- (2) Fasilitas Kesehatan dilarang menolak peserta yang memerlukan pertolongan sepanjang memenuhi persyaratan yang ditentukan;
- (3) Fasilitas Kesehatan wajib memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur operasi standar, standar pelayanan medis dan kebutuhan medis peserta;
- (4) Fasilitas Kesehatan dilarang menghentikan perawatan dalam suatu proses pelayanan karena alasan administratif;
- (5) Dalam keadaan gawat darurat Fasilitas Kesehatan harus memberikan pelayanan dahulu untuk *live saving*, dan untuk kelengkapan administrasi dapat diselesaikan dalam waktu 3 X 24 jam sejak peserta masuk rumah sakit.

#### Pasal 17

Dalam rangka menjamin pelayanan yang berkualitas, Fasilitas Kesehatan harus senantiasa meningkatkan kualitas sarana/ prasarana dan sumber daya manusia.

## BAB VIII

### RUJUKAN PASIEN LUAR DAN DALAM DAERAH

#### Pasal 18

Pemerintah Provinsi Gorontalo memfasilitasi rujukan keluar daerah bagi pasien miskin peserta Jaminan Kesehatan Nasional sepanjang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

#### Pasal 19

- (1) Dalam hal terdapat pasien rujukan sebagaimana dimaksud Pasal 18, Pemerintah Daerah dapat memberikan fasilitas pembiayaan, sepanjang tidak dibiayai oleh BPJS Kesehatan.
- (2) Fasilitas pembiayaan sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari;
  - a. pendamping medis/ paramedis;
  - b. pasien dan pendamping pasien;
  - c. transportasi dan akomodasi;
  - d. biaya pemulasaran dan pemulangan jenazah;
  - e. biaya perawatan lainnya yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan akibat upaya medis sebagai inisiatif pendamping medis/paramedis demi efektifitas dan efisiensi pelayanan.
- (3) Fasilitasi rujukan pasien sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Balai Pemeliharaan Kesehatan Mandiri (Bapelkesman) Provinsi Gorontalo.
- (4) Untuk efektifitas dan efisiensi pelayanan pasien rujukan luar daerah maka pendamping medis/ paramedis dapat berinisiatif memberikan upaya medis yang dianggap perlu.
- (5) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Gorontalo.
- (6) Pembiayaan pasien rujukan luar daerah dengan status *emergency* dapat menggunakan dana tak terduga yang tersedia pada akun belanja Dinas Keuangan dan Aset Daerah Provinsi Gorontalo.

#### Pasal 20

Standar Operasional Prosedur (SOP) Rujukan Pasien Luar dan Dalam serta Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan di Provinsi Gorontalo diatur dengan Peraturan Gubernur.

**BAB IX**  
**MANFAAT LAYANAN**

**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.

**BAB X**  
**CARA PEMBAYARAN FASILITAS KESEHATAN**

**Pasal 22**

- (1) Biaya kapitasi wajib dibayarkan dimuka, per-bulan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan;
- (2) Biaya Non Kapitasi wajib dibayarkan oleh BPJS didasarkan pada besaran klaim yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap;
- (3) Biaya klaim yang didasarkan pada Tarif *Indonesian - Case Based Groups* (Tarif INA-CBG's), wajib dibayarkan oleh BPJS kepada fasilitas kesehatan tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit, paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.

**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 berdasarkan ketentuan peraturan yang berlaku;
- (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 ayat (1) diatur sebesar-besarnya 30 % (tiga puluh persen) untuk operasional dan dukungan manajemen, serta sekurang-kurangnya 70 % (tujuh puluh persen) untuk jasa layanan;
- (4) Rincian penggunaan dana kapitasi sebagaimana 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;

#### Pasal 24

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Group* (INA-CBG);
- (2) Besaran kapitasi dan *Indonesian Case Based Group* (INA-CBG) dapat ditinjau kembali.
- (3) Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan dibayar dengan penggantian biaya.
- (4) Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditagihkan langsung oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- (5) BPJS Kesehatan memberikan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.
- (6) Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tidak diperkenankan menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai penilaian kegawatdaruratan dan prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

### BAB XI

#### KENDALI MUTU DAN BIAYA

#### Pasal 25

- (1) Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya;
- (2) Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta;

- (3) Melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dan berkoordinasi dengan *stakeholders* terkait;
- (4) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana pada ayat (3) dibentuk *Tim Safeguarding* pada Dinas Kesehatan Provinsi yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur;
- (5) Ketentuan mengenai penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

## BAB XII

### PENGAWASAN

#### Pasal 26

Pengawasan Program Jaminan Kesehatan Daerah dilakukan agar :

- a. penyelenggaraan Program Jamkesda dapat berdaya guna dan berhasil guna dan dikelola sesuai ketentuan peraturan perundangan, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan;
- b. tertib administrasi sesuai prosedur dan ketentuan perundang-undangan;
- c. mampu mendorong Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

#### Pasal 27

- (1) Pengawasan pelaksanaan Program Jamkesda dilakukan oleh Inspektorat Provinsi/Kabupaten/Kota dan pengawasan fungsional lainnya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (2) Laporan Hasil Pengawasan yang direkomendasikan oleh pengawas sebagaimana dimaksud ayat (1), wajib ditindaklanjuti oleh kedua belah pihak sesuai dengan saran/rekomendasi yang diberikan.

## BAB XIII

### PENGADUAN

#### Pasal 28

- (1) Dalam rangka menampung dan menyelesaikan keluhan masyarakat atas pelayanan program Jamkesda terintegrasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Dinas membentuk unit pengaduan masyarakat (UPM) di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota;

- (2) Unit Pengaduan Masyarakat di Tingkat Provinsi Gorontalo berada di Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo dan menempatkan petugas di masing-masing Rumah Sakit Kabupaten/Kota;
- (3) Unit Pengaduan Masyarakat Kabupaten/Kota berada di masing-masing Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

#### **BAB XIV**

#### **SANKSI ADMINISTRATIF**

#### **Pasal 29**

- (1) Pelanggaran terhadap penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan Daerah dikenakan sanksi administratif.
- (2) Sanksi Administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
  - a. sanksi kepegawaian sebagaimana diatur dalam perundang-undangan dalam bidang kepegawaian;
  - b. tuntutan perbendaharaan dan ganti rugi, diatur dalam perundang-undangan dalam bidang pengelolaan Keuangan Negara/Daerah.

#### **BAB XV**

#### **KETENTUAN PIDANA**

#### **Pasal 30**

Setiap orang atau pihak yang melakukan penyalahgunaan dana penyelenggaraan pelayanan Jamkesda yang mengakibatkan kerugian Negara/Daerah dikenakan sanksi pidana sesuai ketentuan perundang-undangan;

#### **BAB XVI**

#### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 31**

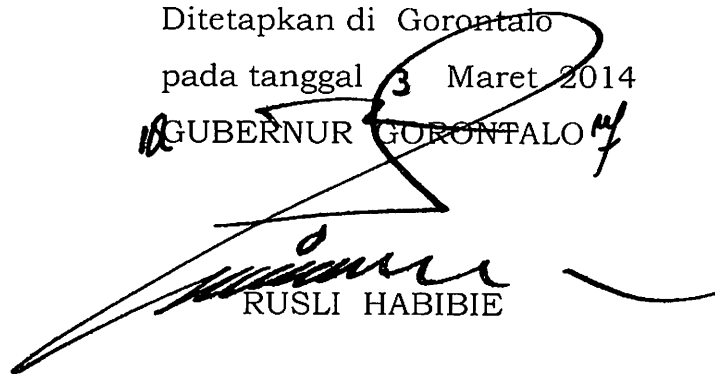
Dengan ditetapkannya Peraturan Daerah ini, maka Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Semesta Provinsi Gorontalo dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### **Pasal 32**

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.

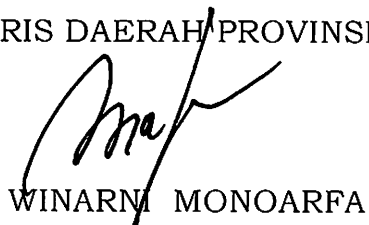
Ditetapkan di Gorontalo  
pada tanggal 3 Maret 2014  
GUBERNUR GORONTALO



RUSLI HABIBIE

Diundangkan di Gorontalo  
pada tanggal 3 Maret 2014

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI GORONTALO,



WINARNI MONOARFA

LEMBARAN DAERAH PROVINSI GORONTALO TAHUN 2014 NOMOR 04



**PENJELASAN  
ATAS  
PERATURAN DAERAH PROVINSI GORONTALO  
NOMOR 4 TAHUN 2014  
TENTANG**

**PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH YANG  
TERINTEGRASI DENGAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

**I. UMUM**

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu. Masyarakat Gorontalo membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari Pemerintah Provinsi Gorontalo sebagaimana di amanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pelayanan kesehatan Daerah terutama terhadap masyarakat yang belum mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik.

Pembiayaan pelayanan kesehatan daerah bagi masyarakat Gorontalo bersumber dari Pemerintah Provinsi dan pemerintah Kabupaten/Kota yang merupakan pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara bersama. Melalui kerjasama ini antara pemerintah provinsi dengan pemerintah kabupaten/kota diharapkan dapat mengurangi kesenjangan dalam penyediaan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah ini harus mendapat persetujuan dari Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Pelayanan kesehatan daerah yang akan diberikan oleh Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota harus berpihak kepada peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan di kelola secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak. Dengan demikian, diharapkan program pelayanan kesehatan daerah bagi masyarakat Gorontalo yang terintegrasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dalam rangka mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.

**II. PASAL DEMI PASAL**

**Pasal 1**

Cukup jelas

## Pasal 2

### Huruf a

Yang dimaksud dengan “asas kemanusiaan” adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.

### Huruf b

Yang dimaksud dengan “asas manfaat” adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

### Huruf c

Yang dimaksud dengan “asas keadilan sosial” adalah asas yang bersifat idiil.

## Pasal 3

### Huruf a

Yang dimaksud dengan “prinsip kegotongroyongan” adalah prinsip kebersamaan antar Peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap Peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat Gaji, Upah, atau penghasilannya.

### Huruf b

Yang dimaksud dengan “prinsip nirlaba” adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan Manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh Peserta.

### Huruf c

Yang dimaksud dengan “prinsip keterbukaan” adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap Peserta.

### Huruf d

Yang dimaksud dengan “prinsip kehati-hatian” adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

### Huruf e

Yang dimaksud dengan “prinsip akuntabilitas” adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

### Huruf f

Yang dimaksud dengan “prinsip portabilitas” adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

### Huruf g

Yang dimaksud dengan “prinsip kepesertaan bersifat wajib” adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

## Huruf h

Yang dimaksud dengan “prinsip dana amanat” adalah bahwa Iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari Peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial.

## Huruf i

Cukup jelas

### Pasal 4

Cukup jelas

### Pasal 5

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan *sharing* adalah tanggung jawab bersama.

Ayat (3)

Cukup jelas

Ayat (4)

Cukup jelas

### Pasal 6

Cukup jelas

### Pasal 7

Cukup jelas

### Pasal 8

Cukup jelas

### Pasal 9

Cukup jelas

### Pasal 10

Cukup jelas

### Pasal 11

Cukup jelas

### Pasal 12

Cukup Jelas

### Pasal 13

Cukup Jelas

### Pasal 14

Cukup Jelas

### Pasal 15

Cukup jelas

Pasal 16

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Cukup jelas

Ayat (3)

Cukup jelas

Ayat (4)

Cukup jelas

Ayat (5)

Yang dimaksud *live saving* adalah tindakan pertolongan pertama yang harus dilakukan pada pasien yang mengalami keadaan yang mengancam jiwa.

Pasal 17

Cukup jelas

Pasal 18

Cukup jelas

Pasal 19

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Huruf a

Yang dimaksud dengan pendamping medis/ paramedis adalah dokter dan/atau perawat/bidan yang ditugaskan oleh Dinas Kesehatan untuk mendampingi pasien dirujuk ke luar daerah, dan pendamping pasien adalah pihak keluarga pasien atau yang diberi hak kuasa oleh keluarga pasien untuk mendampingi pasien selama perawatan.

Huruf b

Cukup jelas

Huruf c

Cukup jelas

Huruf e

Cukup jelas

Ayat (3)

Cukup jelas

**Ayat (4)**

Yang dimaksud dengan Inisiatif dari pendamping medis/ paramedis adalah semua tindakan dan pertimbangan yang didasarkan pada profesionalitas dan spesifikasi keahlian medik tenaga medis/ paramedis, dengan tujuan efektifitas tindakan medis yang diperlukan pasien dan disesuaikan dengan efisiensi biaya.

**Ayat (5)**

Cukup jelas

**Ayat (6)**

Cukup jelas

**Pasal 20**

Cukup jelas

**Pasal 21**

Cukup jelas

**Pasal 22**

Cukup jelas

**Pasal 23**

Cukup jelas

**Pasal 24**

Cukup jelas

**Pasal 25**

Cukup jelas

**Pasal 26**

Cukup jelas

**Pasal 27**

Cukup jelas

**Pasal 28**

Cukup jelas

**Pasal 29**

Cukup jelas

**Pasal 30**

Cukup jelas

**Pasal 31**

Cukup jelas

**Pasal 32**

Cukup jelas