



Bupati Bekasi

PERATURAN BUPATI BEKASI

NOMOR : 38 TAHUN 2019

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN DI KABUPATEN BEKASI

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI BEKASI**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka upaya memberikan perlindungan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Bekasi melalui penerima Bantuan Iuran (PBI) Kesehatan, berdasarkan ketentuan Pasal 99 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan untuk mendukung pelaksanaannya perlu disusun pedoman penyelenggaraan Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kabupaten Bekasi.
- b. bahwa pedoman Penyelenggaraan Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kabupaten Bekasi perlu ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Barat (Berita Negara Tahun 1950);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5603);
3. 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);
4. 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);

5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 272, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima bantuan Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
9. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29); sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan kesehatan (Lembaran Negara Republik Tahun 2013 Nomor 29);
10. Peraturan Presiden Nomor 109 Tahun 2013 tentang Jaminan Penahapan Kepersetaan Program Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 109);
11. Peraturan Menteri Dalam Nomor 80 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 127);
12. Peraturan Daerah Kabupaten Bekasi Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2007 Nomor 1);

13. Peraturan Daerah Kabupaten Bekasi Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bekasi (Lembaran Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2016 Nomor 6);
14. Peraturan Bupati Bekasi Nomor 7 Tahun 2014 tentang Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Bekasi (Berita Daerah Tahun 2014 Nomor 7);

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERATURAN BUPATI BEKASI TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN DI KABUPATEN BEKASI

BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bekasi;
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Bekasi;
3. Bupati adalah Bupati Bekasi;
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 atau iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah;
5. Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk program Jaminan Kesehatan;
6. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
7. Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Bantuan Iuran adalah Iuran program Jaminan Kesehatan yang dibayar oleh Pemerintah Daerah;
8. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Kabupaten Bekasi yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan dan/atau penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Kabupaten Bekasi;
9. Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya;
10. Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya;
11. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial;

12. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat;
13. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya;
14. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialis atau sub spesialis yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
15. Cacat Total Tetap adalah cacat yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan;
16. Kecelakaan Kerja adalah kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja, termasuk kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari rumah menuju tempat kerja atau sebaliknya, dan penyakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja;
17. Kecurangan (fraud) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
18. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
19. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah Perangkat Daerah yang mempunyai tugas pokok dan fungsi serta kewenangan di bidang kesehatan atau bidang sosial atau bidang kependudukan dan pencatatan sipil,;
20. Kepala Perangkat Daerah adalah Kepala Perangkat Daerah yang mempunyai tugas pokok dan fungsi serta kewenangan di bidang kesehatan atau bidang sosial atau bidang kependudukan dan pencatatan sipil ;
21. Nomor Induk Kependudukan atau NIK adalah nomor identitas Penduduk yang bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai Penduduk Indonesia yang terdiri dari 16 digit.

BAB II
PESERTA DAN KEPESERTAAN
Bagian Kesatu
Peserta Jaminan Kesehatan
Pasal 2

Peserta Jaminan Kesehatan adalah Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kabupaten Bekasi yang dibiayai melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Bekasi.

Pasal 3

Peserta PBI Jaminan Kesehatan Sebagaimana dimaksud pada Pasal 2, adalah :

- a. Penduduk Kabupaten Bekasi yang tercatat dalam data administrasi kependudukan pada Dinas Pendudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Bekasi;
- b. Tidak memiliki asuransi;
- c. Bersedia ditempatkan pada perawatan Kelas 3.

Bagian Kedua
Administrasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan
Paragraf 1
Pendaftaran Peserta
Pasal 4

- (1) Setiap penduduk Kabupaten Bekasi yang mempunyai NIK sesuai administrasi kependudukan di Kabupaten Bekasi, mengikuti program Jaminan Kesehatan;
- (2) Program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara didaftarkan oleh Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan pada BPJS Kesehatan;
- (3) Pada saat didaftarkan pada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditentukan tempat pelayanan FKTP oleh Dinas Kesehatan.

Pasal 5

- (1) Peserta dapat mengganti FKTP tempat Peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan;
- (2) Penggantian FKTP oleh Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan, apabila Peserta pindah domisili dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah terdaftar di FKTP awal, yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili;

Pasal 6

- (1) Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas Peserta;
- (2) Identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa Kartu Indonesia Sehat PBI yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan, kecuali untuk bayi baru lahir;
- (3) Nomor identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan nomor identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial Kesehatan.

Pasal 7

- (1) Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang dibiayai oleh APBD secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Bayi baru lahir dari ibu Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), didaftarkan kepada BPJS Kesehatan paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan;

Pasal 8

- (1) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami Cacat Total Tetap dan tidak mampu, berhak menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan;
- (2) Penetapan Cacat Total Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh dokter yang berwenang;

BAB III
PENETAPAN PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN
KABUPATEN BEKASI

Pasal 9

- (1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada Pasal 4, sebelum ditetapkan oleh dinas yang mempunyai tugas pokok dan fungsi serta kewenangan di bidang kesehatan terlebih dahulu dilakukan diverifikasi dan divalidasi, persyartan administrasinya;
- (2) Verifikasi dan validasi sebagaimana ayat (1), melalui koordinasi yang melibatkan Perangkat Daerah yang mempunyai tugas pokok dan fungsi serta kewenangan di bidang kesehatan atau bidang sosial atau bidang kependudukan dan pencatatan sipil.

Pasal 10

- (1) Data terpadu yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan dirinci menurut Kecamatan, Desa/Kelurahan dan RT/RW;
- (2) Data terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menjadi dasar bagi penentuan jumlah kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan di Kabupaten Bekasi serta penduduk yang memenuhi ketentuan sebagaimana Pasal 3.

BAB IV
PENDAFTARAN PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN
KABUPATEN BEKASI

Pasal 11

Perangkat Daerah yang mempunyai tugas pokok dan fungsi serta kewenangan di bidang kesehatan mendaftarkan jumlah kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan Kabupaten Bekasi yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Pasal 12

BPJS kesehatan memberikan nomor identitas tunggal / Nomor Identitas Kepesertaan kepada peserta Jaminan Kesehatan yang telah didaftarkan sebagaimana maksud pada Pasal 11.

BAB V
PEMBIAYAAN
Pasal 13

Pembiayaan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan untuk PBI Jaminan Kesehatan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Bekasi dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Propinsi Jawa Barat.

BAB VI
PERUBAHAN DATA PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN
Bagian Kesatu
Perubahan Data
Pasal 14

- (1) Perubahan data Penerima Bantuan Iuran (PBI) kesehatan dilakukan melalui:
 - a. penghapusan;

- b. penggantian; atau
 - c. penambahan.
- (2) Penghapusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dilakukan apabila :
- a. Tidak lagi memenuhi kriteria kepesertaan sesuai dengan Pasal 3;
 - b. Terdaftar lebih dari 1(satu) kali;
 - c. Pindah dari Kabupaten Bekasi;
 - d. Bukan Penduduk Kabupaten Bekasi;
 - e. Meninggal dunia.
- (3) Penggantian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan dengan ketentuan:
- a. Bagi penduduk sesuai dengan Pasal 3 yang belum masuk dalam data PBI Jaminan Kesehatan;
 - b. Terdapat penghapusan data PBI Jaminan Kesehatan; dan
- (4) Penambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan bagi penduduk yang memenuhi ketentuan Pasal 3 serta yang belum masuk dalam data PBI Jaminan Kesehatan;
- (5) Penggantian dan penambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dapat berasal dari :
- a. Pekerja yang mengalami pemutusan hubungan kerja dan belum bekerja setelah lebih dari 6 (enam) bulan;
 - b. Korban bencana pascabencana;
 - c. Anggota keluarga yang tidak bekerja dari pekerja yang meninggal dunia;
 - d. Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung dari keluarga yang terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan;
 - e. Tahanan/warga binaan pada rumah tahanan negara/lembaga pemasyarakatan di wilayah kabupaten Bekasi, dibuktikan dengan surat keputusan penahanan, yang berlaku selama warga binaan tersebut ditahan;
- (6) Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan dilakukan dengan :
- a. Penghapusan data yang tercantum sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena tidak lagi memenuhi kriteria sebagaimana ketentuan Pasal 3;
 - b. Penambahan data peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi melalui Dinas Kesehatan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- (7) Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan Kabupaten Bekasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diverifikasi dan divalidasi oleh Dinas Kesehatan;
- (8) Perubahan data yang telah diverifikasi dan divalidasi sebagaimana ayat (8), ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan;
- (9) Verifikasi dan Validasi terhadap perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan setiap bulan dalam tahun anggaran berjalan.

Bagian Kedua
Perubahan Status Kepesertaan
Pasal 15

- (1) Status kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Kesehatan dapat berubah setelah dilakukan verifikasi dan validasi oleh Dinas Kesehatan.

- (2) Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak mengakibatkan terputusnya Manfaat Jaminan Kesehatan.

BAB VII

PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 16

Peran serta masyarakat dapat dilakukan dengan cara memberikan data yang benar dan akurat tentang PBI Jaminan Kesehatan, baik diminta maupun tidak diminta.

Pasal 17

Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 disampaikan melalui UPTD Puskesmas, Perangkat Pemerintah Daerah (RT, RW, Kelurahan/Desa, Kecamatan) yang berada dalam wilayah Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi sesuai dengan kewenangannya.

Pasal 18

Ketentuan mengenai prosedur pendaftaran dan persyaratan administrasi kepesertaan mengacu dan berpedoman pada kesepakatan antara Pemerintah Kabupaten Bekasi dengan BPJS kesehatan.

BAB VIII

IURAN

Bagian Kesatu Besaran Iuran

Pasal 19

- (1) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan APBN dibayar oleh Pemerintah Pusat;
- (2) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan APBD bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah;
- (3) Iuran bagi bayi baru lahir dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta pada Saat mendaftar paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Pasal 20

Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp23.000,00 (dua puluh tiga ribu rupiah) per orang per bulan.

Bagian Kedua

Tata Cara Pembayaran Iuran

Pasal 21

- (1) Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi membayar iuran PBI APBD setiap 3 (tiga) bulan setelah menerima permintaan pembayaran dari BPJS Kesehatan cabang Cikarang yang telah memenuhi persyaratan pembayaran yaitu melakukan rekonsiliasi data peserta secara detail (nama peserta, nama ibu kandung peserta, alamat dan Nomor Induk Kependudukan);

- (2) Bagi Bayi Baru Lahir dapat dibayarkan iuran kepesertaannya paling lambat 28 hari (dua puluh delapan hari) kepesertaannya dengan menggunakan NIK ibu kandungnya, setelah itu Bayi Baru Lahir tersebut wajib menggunakan NIK sendiri;
- (3) Kepesertaan Bayi baru lahir yang sudah berumur lebih atau sama dengan 28 hari dan tidak mempunyai NIK maka iuran kepesertaannya tidak bisa dibayarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi.
- (4) Dalam hal dikemudian hari ternyata ditemukan peserta yang tidak memenuhi persyaratan kepesertaannya seperti : Peserta telah pindah wilayah atau keluar dari kabupaten Bekasi, meninggal dunia, peserta yang mempunyai jaminan selain PBI APBD Kabupaten Bekasi, maka BPJS Kesehatan Cabang Cikarang wajib mengembalikan iuran kepesertaannya kepada Pemerintah Daerah kabupaten Bekasi dengan mengikuti ketentuan dan persyaratan yang berlaku;

Pasal 22

- (1) Peserta bukan PBI yang merupakan mandiri/kelas 3 yang menunggak bisa diusulkan kepesertaannya menjadi PBI sebelum iuran menunggaknya diselesaikan.
- (2) Pemerintah Kabupaten Bekasi tidak dapat membayar tunggakan iuran dan denda peserta bukan PBI sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

BAB IX **MANFAAT JAMINAN KESEHATAN** **Bagian Kesatu** **Manfaat yang Dijamin**

Pasal 23

- (1) Setiap Peserta berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, 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 nonmedis;
- (3) Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan besaran Iuran Peserta;
- (4) Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan berdasarkan besaran Iuran Peserta;
- (5) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga berlaku bagi bayi baru lahir dari Peserta paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Pasal 24

- (1) Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas :
 - a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan;

2. Pelayanan promotif dan preventif;
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 4. Tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun nonoperatif;
 5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 6. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
 7. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis;
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan;
 2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis dasar;
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
 4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis;
 5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. Rehabilitasi medis;
 8. Pelayanan darah;
 9. Pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
 10. Pelayanan keluarga berencana;
 11. Perawatan inap nonintensif; dan
 12. Perawatan inap di ruang intensif.
 - c. Pelayanan ambulans darat atau air.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 2 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat;
 - (3) Alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 5 merupakan seluruh alat kesehatan yang digunakan dalam rangka penyembuhan, termasuk alat bantu kesehatan;
 - (4) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 10, tidak termasuk pelayanan keluarga berencana yang telah dibiayai Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
 - (5) Pelayanan ambulans darat atau air sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.

Pasal 25

- (1) Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:
 - a. Penyuluhan kesehatan perorangan;
 - b. imunisasi rutin;
 - c. Keluarga berencana;
 - d. Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu; dan
 - e. peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis.

- (2) Penyuluhan kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
- (3) Pelayanan imunisasi rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (4) Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional;
- (5) Ketentuan mengenai pemenuhan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi bagi Peserta Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan diatur dengan Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional;
- (6) Vaksin untuk imunisasi rutin serta alat dan obat kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (7) Pelayanan skrining riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan menggunakan metode tertentu;
- (8) Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu;
- (9) Jenis pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (8) ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan;
- (10) Peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e ditujukan kepada Peserta penderita penyakit kronis tertentu untuk mengurangi risiko akibat komplikasi penyakit yang dideritanya;
- (11) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu serta peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (7), ayat (8), dan ayat (10) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan.

Pasal 26

Bupati dapat menetapkan pelayanan kesehatan lain yang dijamin berdasarkan penilaian teknologi kesehatan dengan memperhitungkan kecukupan Iuran.

Pasal 27

Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (4) berupa akomodasi layanan rawat inap adalah Ruang perawatan kelas III bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah;

Bagian Kedua
Manfaat yang Tidak Dijamin
Pasal 28

- (1) Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:
- a. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
 - c. Pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
 - d. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat Peserta;
 - e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 - f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
 - g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 - h. Pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
 - i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 - j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 - k. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
 - l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen;
 - m. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik;
 - n. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
 - o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
 - p. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
 - q. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;
 - r. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - s. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia; pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan; atau pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.
- (2) Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi rujukan atas permintaan sendiri dan pelayanan kesehatan lain yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (3) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j, pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l, dan kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf p.

Bagian Ketiga
Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan
Pasal 29

- (1) BPJS Kesehatan dapat berkoordinasi dengan penyelenggara jaminan lainnya yang memberikan Manfaat pelayanan kesehatan;
- (2) Penyelenggara jaminan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan, PT. Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Persero), dan PT. Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Persero) untuk program jaminan Kecelakaan Kerja dan penyakit akibat kerja; PT. Jasa Raharja (Persero) untuk program jaminan kecelakaan lalu lintas; atau penyelenggara jaminan lain yang memberikan Manfaat pelayanan kesehatan;
- (3) Dalam hal BPJS Kesehatan membayarkan terlebih dahulu biaya pelayanan kesehatan yang seharusnya dijamin oleh penyelenggara jaminan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka penyelenggara jaminan lainnya wajib membayar biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

BAB X
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN
Bagian Kesatu
Prosedur Pelayanan Kesehatan
Pasal 30

- (1) Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis;
- (2) Pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi Peserta dilaksanakan di FKTP tempat Peserta terdaftar, kecuali bagi Peserta yang:
 - a. Berada di luar wilayah FKTP tempat Peserta terdaftar; atau
 - b. Dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- (3) Peserta yang berada di luar wilayah FKTP tempat Peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat mengakses pelayanan rawat jalan tingkat pertama pada FKTP lain untuk paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan di FKTP yang sama;
- (4) Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, FKTP wajib merujuk ke FKRTL sesuai dengan kasus dan kompetensi Fasilitas Kesehatan serta sistem rujukan;
- (5) Pelayanan yang diberikan kepada Peserta yang dirujuk ke FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan paling lama 3 (tiga) bulan;
- (6) FKRTL yang melakukan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) wajib melakukan rujuk balik ke FKTP dimana Peserta terdaftar;
- (7) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikecualikan untuk kasus tertentu;

Pasal 31

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis;
- (2) Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan;

Bagian Kedua

Pelayanan Obat, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Pasal 32

- (1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Fasilitas Kesehatan bertanggung jawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangannya;
- (2) Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam program pemerintah selain program Jaminan Kesehatan disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 33

- (1) Pengadaan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai oleh Fasilitas Kesehatan milik pemerintah maupun swasta untuk program Jaminan Kesehatan dilakukan melalui e-purchasing berdasarkan katalog elektronik;
- (2) Dalam hal pengadaan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai belum dapat dilakukan melalui e-purchasing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka pengadaan dapat dilakukan secara manual berdasarkan katalog elektronik;
- (3) Dalam hal obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Fasilitas Kesehatan tidak terdapat dalam katalog elektronik maka Fasilitas Kesehatan dalam mengadakan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai tetap mengacu pada formularium daerah atau kompendium alat kesehatan;
- (4) Dalam hal obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai yang dibutuhkan tidak terdapat dalam formularium nasional dan kompendium alat kesehatan maka Fasilitas Kesehatan dapat mengadakan obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai atas persetujuan kepala atau direktur rumah sakit;
- (5) Dalam hal obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai diklaim tersendiri oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maka harga berpedoman pada katalog elektronik atau harga yang ditetapkan oleh Bupati;
- (6) Dalam hal terjadi kegagalan pengadaan obat dengan katalog elektronik sehingga terjadi kekosongan obat maka Fasilitas Kesehatan dapat mengadakan obat dengan zat aktif yang sama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- (7) Pembayaran obat sebagaimana dimaksud pada ayat (6) yang dapat diklaim tersendiri oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan, berpedoman pada harga katalog elektronik atau harga yang ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 34

Fasilitas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk program Jaminan Kesehatan mengutamakan penggunaan alat kesehatan produksi dalam negeri.

Bagian Ketiga Pelayanan dalam Keadaan Gawat Darurat

Pasal 35

- (1) Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- (2) Kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu:
- a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;
 - b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi;
 - c. adanya penurunan kesadaran;
 - d. adanya gangguan hemodinamik;
dan/atau
 - e. memerlukan tindakan segera.
- (3) Dalam hal Peserta memperoleh pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka pasien harus segera dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.
- (4) Dokter Penanggung Jawab Pasien berwenang menetapkan terpenuhinya kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2);

BAB XI FASILITAS KESEHATAN Bagian Kesatu Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Pasal 36

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan;

Pasal 37

- (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- (2) Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;

- (3) Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- (4) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis;
- (5) Dalam rangka pelaksanaan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan dinas kesehatan Kabupaten Bekasi;

Pasal 38

- (1) Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan Manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.
- (2) Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.
- (3) Biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditanggung oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Standar Tarif dan Mekanisme Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan

Pasal 39

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKTP secara praupaya atau kapitasi berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar di FKTP dan FKRTL secara Indonesian Case Based Groups;
- (2) Dalam kondisi tertentu dan/atau di suatu Daerah, FKTP tidak memungkinkan pembayaran secara praupaya atau kapitasi, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran lain;
- (3) BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran di FKRTL yang lebih berhasil guna dengan tetap mengacu pada Indonesian Case Based Groups;

Pasal 40

Cara pembayaran dengan Indonesian Case Based Groups sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1), untuk FKRTL ditetapkan sesuai kelas rumah sakit;

BAB XII

KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

Pasal 41

Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Bupati menetapkan kebijakan penyelenggaraan:

- a. penilaian teknologi kesehatan;
- b. pertimbangan klinis;
- c. penghitungan standar tarif; dan
- d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan.

Pasal 42

- (1) Dalam menetapkan kebijakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63, Bupati melalui Dinas Kesehatan dan Dinas terkait berwenang mengakses dan meminta data dan informasi dari BPJS Kesehatan;
- (2) BPJS Kesehatan wajib memberikan akses dan menyediakan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepada Bupati dan Dinas terkait.

Pasal 43

- (1) Dalam rangka pengambilan kebijakan di bidang kesehatan oleh Bupati, BPJS Kesehatan wajib memberikan data dan informasi melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi secara berkala setiap 3 (tiga) bulan sekali;
- (2) Data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Jumlah Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
 - b. kepesertaan;
 - c. Jumlah kunjungan ke Fasilitas Kesehatan;
 - d. Jenis penyakit; dan
 - e. Jumlah pembayaran dan/atau klaim.

Pasal 44

- (1) Penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf a dilakukan untuk menilai efektifitas dan efisiensi penggunaan teknologi atau produk teknologi berupa metode, obat, atau alat kesehatan dalam pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan;
- (2) Penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Bupati setelah mendapat rekomendasi dari Komite Penilaian Teknologi Kesehatan;
- (3) Komite Penilaian Teknologi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk oleh Bupati;
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati. (saran penjabaran teknis tugas tugas komite penilai teknologi kesehatan masuk dalam keputusan dalam pemnentukan komite penilaian teknologi kesehatan)

Pasal 45

- (1) Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan mengembangkan teknis operasionalisasi sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;
- (2) Pengembangan teknis operasionalisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui:
 - a. Kredensial Fasilitas Kesehatan;
 - b. Survei kepuasan Peserta; dan
 - c. Pemantauan dan pengawasan pemanfaatan.

- (3) Dalam melaksanakan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

Pasal 46

- (1) Fasilitas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus menerapkan kendali mutu dan kendali biaya dengan tetap memperhatikan keselamatan dan keamanan pasien serta mutu pelayanan;
- (2) Penerapan kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, dan pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta, serta efisiensi biaya.

BAB XIII

PELAYANAN INFORMASI DAN PENANGANAN PENGADUAN

Pasal 47

- (1) Peserta berhak untuk mendapatkan informasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan secara menyeluruh menyangkut hak dan kewajiban Peserta/Fasilitas Kesehatan/BPJS Kesehatan, dan mekanisme pelayanan di Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan;
- (2) Peserta berhak untuk mengadukan ketidakpuasan terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan, dan terhadap pelayanan BPJS Kesehatan kepada unit pengaduan, baik yang terdapat di Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas kesehatan;
- (3) Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan wajib menyediakan unit pengaduan yang dikelola secara bersama-sama atau sendiri-sendiri oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan;
- (4) Unit pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa:
- a. Unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan untuk BPJS Kesehatan;
 - b. unit pengaduan masyarakat terpadu/tim monitoring dan evaluasi Jaminan Kesehatan untuk dinas kesehatan; dan/atau
 - c. unit pengaduan masyarakat untuk Fasilitas Kesehatan;
- (5) Pengaduan ketidakpuasan yang disampaikan Peserta harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan.

Pasal 48

Fasilitas Kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap kepada masyarakat.

BAB XIV

PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI =

Pasal 49

- (1) Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil dan Badan Pengelola Keuangan Daerah Kabupa ten Bekasi melakukan pengawasan, monitoring, dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing;

- (2) Pengawasan evaluasi dan monitoring sebagaimana pada ayat (1) dilakukan oleh tim koordinasi yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

BAB XV
DUKUNGAN PEMERINTAH DAERAH
Pasal 50

- (1) Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi mendukung penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;
- (2) Dukungan Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui:
- a. Peningkatan pencapaian kepesertaan di wilayahnya;
 - b. Kepatuhan pembayaran iuran;
 - c. Peningkatan pelayanan kesehatan; dan
 - d. Dukungan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan.
- (3) Dukungan kepatuhan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan melalui pelaksanaan pembayaran iuran secara tepat jumlah dan tepat waktu;
- (4) Dukungan peningkatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilaksanakan melalui penyediaan Fasilitas Kesehatan, pemenuhan standar pelayanan minimal, dan peningkatan mutu layanan kesehatan;

BAB XIX
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 51

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Lembaran Berita Daerah Kabupaten Bekasi;

Ditetapkan di : Cikarang Pusat
pada tanggal : 7 Agustus 2019

BUPATI BEKASI

ttd

EKA SUPRIA ATMAJA

Diundangkan di : Cikarang Pusat
pada tanggal : 7 Agustus 2019

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BEKASI


UJU