



BUPATI LIMA PULUH KOTA
PERATURAN BUPATI LIMA PULUH KOTA
NOMOR 19 TAHUN 2017

TENTANG

PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT
PERTAMA KABUPATEN LIMA PULUH KOTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LIMA PULUH KOTA,

- Menimbang** :
- a. bahwa sehubungan telah diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dua kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, maka Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 71 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Lima Puluh Kota perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan, sehingga perlu diganti;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a di atas dipandang perlu menetapkan Peraturan Bupati Lima Puluh Kota tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Lima Puluh Kota.

- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 Tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 25);
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. 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);
7. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
8. 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 dua kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah dua kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Daerah Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota Nomor 15 Tahun 2016 Tentang Pembentukan Dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 Nomor 15);
15. Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 48 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 Nomor 50).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI LIMA PULUH KOTA TENTANG PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI JAMINAN KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA KABUPATEN LIMA PULUH KOTA

BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Lima Puluh Kota.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Lima Puluh Kota.
3. Bupati adalah Bupati Lima Puluh Kota.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota.
5. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN 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.
6. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/ atau masyarakat.

7. Dana non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
8. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional.
9. 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.
10. Pengelolaan dana non kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana klaim yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) Pengelolaan dana non kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional dimaksudkan agar terlaksananya pengelolaan keuangan dana non kapitasi sesuai dengan aturan yang berlaku.
- (2) Tujuan pengelolaan dana non kapitasi adalah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta, untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

BAB III
JENIS DAN DANA PELAYANAN NON KAPITASI
Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan Dana Non Kapitasi
Pasal 3

Jenis pelayanan dana non kapitasi terdiri dari :

- a. pelayanan ambulans;
- b. pelayanan obat program rujuk balik;
- c. pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik;
- d. pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;
- e. rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis;
- f. jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya; dan
- g. pelayanan Keluarga Berencana di FKTP.

Bagian Kedua
Dana Pelayanan Non Kapitasi
Paragraf 1
Penggantian Biaya Pelayanan Ambulans
Pasal 4

- (1) Penggantian biaya pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a diberikan pada pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penggantian biaya pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, tarif ditetapkan dengan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah.

Paragraf 2
Pelayanan Obat Program Rujuk Balik
Pasal 5

- (1) Pelayanan obat program rujuk balik diberikan untuk penyakit Diabetes Melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, stroke, dan Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pasal 3 huruf b harus menggunakan obat rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional.
- (3) Pelayanan obat program rujuk balik harus diberikan oleh ruang farmasi Puskesmas, apotek atau instalasi farmasi klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Dalam hal ruang farmasi Puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelayanan obat program rujuk balik di Puskesmas obatnya disediakan oleh apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (5) Harga Obat Program Rujuk Balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *e-Catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- (6) Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali Harga Dasar Obat sesuai *e-Catalogue*.

- (7) Faktor pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah sebagai berikut :

Harga Dasar Satuan Obat	Faktor
< Rp.50.000,00	0,28
Rp.50.000,00 sampai dengan Rp 250.000,00	0,26
Rp.250.000,00 sampai dengan Rp 500.000,00	0,21
Rp.500.000,00 sampai dengan Rp 1.000.000,00	0,16
Rp.1.000.000,00 sampai dengan Rp 5.000.000,00	0,11
Rp.5.000.000,00 sampai dengan Rp10.000.000,00	0,09
≥ Rp.10.000.000,00	0,07

Paragraf 3
Pemeriksaan Penunjang Pelayanan Rujuk Balik
Pasal 6

- (1) Pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di FKTP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c terdiri dari:
- a. pemeriksaan gula darah sewaktu;
 - b. pemeriksaan gula darah puasa (GDP);
 - c. pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP)
 - d. pemeriksaan Hb1c; dan
 - e. pemeriksaan kimia darah, meliputi :
 - 1) *microalbuminuria*
 - 2) *ureum*
 - 3) *kreatinin*
 - 4) kolesterol darah
 - 5) kolesterol LDL
 - 6) kolesterol HDL; dan
 - 7) *trigliserida*
- (2) Pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan :
- a. pemeriksaan gula darah sewaktu, sesuai indikasi medis;
 - b. pemeriksaan gula darah puasa (GDP), 1 (satu) bulan 1 (satu) kali;
 - c. pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP), 1 (satu) bulan 1 (satu) kali;
 - d. pemeriksaan HbA1c, 3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan 1 (satu) kali; dan
 - e. pemeriksaan kimia darah, 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Besaran biaya untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, huruf b, dan huruf c ditetapkan sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu) sampai dengan Rp 20.000,00 (dua puluh ribu rupiah).
- (4) Besaran biaya untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d ditetapkan sebesar Rp160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah) sampai dengan Rp 200.000,00 (dua ratus ribu rupiah).

- (5) Besaran biaya untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e ditetapkan sebagai berikut :
- 1) *microalbuminuria* sebesar Rp 120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah);
 - 2) *ureum* sebesar Rp 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
 - 3) *kreatinin* sebesar Rp 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
 - 4) kolesterol total sebesar Rp 45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah);
 - 5) kolesterol LDL sebesar Rp 60.000,00 (enam puluh ribu rupiah);
 - 6) kolesterol HDL sebesar Rp 45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah); dan
 - 7) *trigliserida* sebesar Rp 50.000,00 (lima puluh ribu rupiah).

Paragraf 4

Pelayanan Penapisan (*Screening*) Kesehatan Tertentu

Pasal 7

- (1) Pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf d merupakan pelayanan yang termasuk dalam lingkup non kapitasi, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal Pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memerlukan pemeriksaan penunjang IVA, *Pap Smear*, *gula darah*, diberlakukan besaran biaya dana non kapitasi sebagai berikut:
 - a. Pemeriksaan IVA maksimal Rp 25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah);
 - b. Pemeriksaan *Pap Smear* maksimal Rp 125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
 - c. Pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa (GDP) dan pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP) ditetapkan sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp 20.000,00 (dua puluh ribu rupiah).
- (3) Standar tarif pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA positif sebesar Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah).

Paragraf 5

Rawat Inap Tingkat Pertama

Pasal 8

- (1) Besaran biaya Rawat Inap sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf e yang dilakukan di FKTP diberlakukan dalam bentuk paket.
- (2) Besaran biaya Rawat Inap pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebesar Rp 120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah) sampai dengan Rp.200.000,00 (dua ratus ribu rupiah).
- (3) Besaran biaya Rawat Inap pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh BPJS Kesehatan bersama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Paragraf 6
Pelayanan Kebidanan, Neonatal dan Keluarga Berencana
Pasal 9

Jasa pelayanan kebidanan, neonatal, dan Keluarga Berencana yang dilakukan oleh bidan atau dokter sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf f dan huruf g ditetapkan sebagai berikut:

- a. pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan, sebesar Rp 200.000,00 (dua ratus ribu rupiah);
- b. dalam hal pemeriksaan ANC tidak dilakukan di satu tempat maka dibayarkan per kunjungan, sebesar Rp 50.000,00 (lima puluh ribu rupiah);
- c. Persalinan pervaginam normal yang dilakukan bidan, sebesar Rp 700.000,00 (tujuh ratus ribu rupiah) dan yang dilakukan oleh dokter, sebesar Rp 800.000,00 (delapan ratus ribu rupiah);
- d. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED sebesar Rp.950.000,00 (sembilan ratus lima puluh ribu rupiah);
- e. Pemeriksaan Post Natal Care (PNC)/neonatus sesuai standar dilaksanakan dengan 2 (dua) kali kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua (KF1-KN1 dan KF2-KN2), 1 (satu) kali kunjungan neonatus ketiga (KN3), serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas ketiga (KF3), sebesar Rp.25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) untuk tiap kunjungan dan diberikan kepada pemberi pelayanan yang pertama dalam kurun waktu kunjungan;
- f. Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED, sebesar Rp.175.000 (seratus tujuh puluh lima ribu rupiah);
- g. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan/atau neonatal Rp 125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
- h. Pelayanan KB (Keluarga Berencana)
 - 1) Pemasangan dan/atau pencabutan IUD/implant sebesar Rp.100.000,00 (seratus ribu rupiah);
 - 2) Pelayanan suntik KB, sebesar Rp.15.000,00 (lima belas ribu rupiah) setiap kali suntik;
 - 3) Penanganan komplikasi KB, sebesar Rp.125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
 - 4) Pelayanan Keluarga Berencana Metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi sebesar Rp.350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah).

BAB IV
PENGELOLAAN DANA NON KAPITASI
Bagian Kesatu
Mekanisme Penerimaan Dana Non Kapitasi
Pasal 10

- (1) Kepala FKTP melengkapi berkas pengajuan klaim dana non kapitasi dan menyampaikan berkas pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.
- (2) BPJS melakukan verifikasi dan akan membayarkan klaim sesuai dana yang berlaku sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) langsung ke rekening kas daerah dan diakui sebagai pendapatan retribusi pelayanan kesehatan daerah.

Bagian Kedua
Pemanfaatan dan Besaran Dana Non Kapitasi
Pasal 11

- (1) Pemanfaatan dana non kapitasi yang telah disetorkan ke kas daerah dapat dimanfaatkan kembali dalam bentuk program, kegiatan dan tambahan penghasilan pada RKA-DPA Dinas Kesehatan
- (2) Pemanfaatan jenis pelayanan non kapitasi khusus persalinan oleh tenaga kesehatan berkompeten (dokter dan bidan) dibayarkan 100% dari standar tarif yang telah ditetapkan.
- (3) Pemanfaatan jenis pelayanan non kapitasi sebagaimana dimaksud ayat (2) diatas dibayarkan dalam bentuk Tambahan Penghasilan (jasa persalinan) dalam DPA Dinas Kesehatan.
- (4) Pemanfaatan jenis pelayanan non kapitasi selain persalinan sesuai dengan mekanisme retribusi daerah.
- (5) Dalam hal pendapatan dana non kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana tersebut dapat digunakan oleh FKTP untuk tahun anggaran berikutnya.

Bagian Ketiga
Pertanggungjawaban
Pasal 12

- (1) Kepala FKTP bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja klaim dana non kapitasi.
- (2) Pendapatan dan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disajikan dalam Laporan Keuangan FKTP dan Laporan Keuangan Dinas Kesehatan.

BAB V
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Pasal 13

Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pengelolaan dan pemanfaatan dana non kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada FKTP Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala FKTP secara berjenjang dan secara fungsional oleh Aparatur Pengawas Internal Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 14

Dengan berlakunya Peraturan Bupati ini maka Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 71 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Lima Puluh Kota dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 15

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2017. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota.

Ditetapkan di Sarilamak
Pada Tanggal 26 Mei 2017

BUPATI LIMA PULUH KOTA,

IRFENDI ARBI