

GUBERNUR BALI

PERATURAN GUBERNUR BALI

NOMOR 22 TAHUN 2011

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
BALI MANDARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BALI,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak dan produktif maka dalam pemenuhannya diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang biaya dan mutunya terkendali;
- b. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada penduduk Bali yang memenuhi persyaratan tetapi belum memiliki jaminan kesehatan, berhak mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Bali Mandara;
- c. bahwa Perjanjian Kerjasama Gubernur Bali dengan Bupati/Walikota se Bali tentang Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara sepakat untuk mengembangkan Jaminan Kesehatan untuk seluruh masyarakat Bali;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Bali Mandara;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
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 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan, Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
7. 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 diubah beberapa kali, 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);
8. 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);
9. 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);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 45, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. 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);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/MENKES/PER/XII/86 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, Khusus Bentuk Pelayanan Medik Spesialistik;

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/III/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
15. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/PER/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN BALI MANDARA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Provinsi adalah Provinsi Bali.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Bali.
3. Gubernur adalah Gubernur Bali.
4. Bupati/Walikota adalah Bupati/Walikota se-Bali.
5. Pemerintah Kabupaten/Kota adalah Pemerintah Kabupaten/Kota se-Bali.
6. Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara yang selanjutnya disebut JKBM adalah program Pemerintah Provinsi bekerjasama dengan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan cara memberikan pelayanan kesehatan.
7. Hibah JKBM adalah Hibah Pemerintah Provinsi Bali kepada pemberi Pelayanan Kesehatan jejaring JKBM
8. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut PPK adalah Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah selaku SKPD atau Unit SKPD atau BLUD Jejaring JKBM yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota untuk mengelola dana hibah JKBM.
9. Bantuan Sosial JKBM adalah Bantuan Sosial kemasyarakatan, untuk pelayanan kesehatan bagi peserta JKBM
10. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
11. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) pelayanan medik spesialis lain dan 13 (tiga belas) pelayanan medik sub spesialis.

12. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) pelayanan medik spesialis lain dan 2 (dua) pelayanan medik sub spesialis dasar.
13. Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Spesialis Penunjang Medik.
14. Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.
15. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususannya yang lengkap
16. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
17. Puskesmas Non Perawatan adalah Puskesmas yang hanya memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan.
18. Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap.
19. Puskesmas Pembantu yang selanjutnya disebut Pustu adalah unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang serta membantu melaksanakan kegiatan yang dilakukan puskesmas dalam masyarakat lingkungan wilayah kerja yang lebih kecil, serta jenis dan kompetensi pelayanan yang disesuaikan dengan kemampuan tenaga dan sarana yang tersedia.
20. Bidan Praktek Swasta yang selanjutnya disebut BPS adalah Bidan yang diberi ijin untuk menjalankan praktik perorangan setelah memenuhi persyaratan yang telah ditentukan.
21. Pos Kesehatan Desa yang selanjutnya disebut Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa.
22. Jejaring Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan yang berada dibawah koordinasi Puskesmas yang meliputi Puskesmas pembantu, Puskesmas Keliling, Posyandu, Pos Kesehatan Desa, Pondok Bersalin Desa, Bidan Praktek Swasta.
23. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) adalah pelayanan poliklinik umum yang diberikan di Puskesmas dan jejaringnya.
24. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) adalah pelayanan spesialisik yang dilaksanakan di Puskesmas yang menyediakan tenaga spesialisik, Rumah Sakit Daerah, Rumah Sakit Indera Masyarakat, Rumah Sakit Jiwa dan Rumah Sakit Sanglah.
25. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) adalah pelayanan rawat inap di Puskesmas Perawatan, yang meliputi perawatan dan akomodasi rawat inap, visite dokter spesialis, tindakan medis kecil, penunjang diagnosa sederhana.
26. Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) adalah pelayanan rawat inap di Rumah sakit Pemerintah kelas III yang bekerja sama dengan Program Jaminan Kesehatan Bali (Mandara (JKBM)).

27. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) adalah fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai ke pelayanan tingkat lanjutan di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah.
28. Gawat Darurat/*Emergency* adalah suatu keadaan di mana diperlukan pelayanan medis segera dan tidak dapat ditunda dalam waktu 12 jam untuk menyelamatkan jiwa atau mencegah terjadinya cacat tubuh atau fungsi yang permanen.
29. Asuhan Persalinan Normal yang selanjutnya disebut APN adalah suatu upaya mewujudkan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.
30. Penduduk Bali adalah setiap orang yang berdomisili di Bali, terdaftar dalam kartu keluarga dan memiliki Kartu Tanda Penduduk Bali.
31. Kartu Keluarga yang selanjutnya disebut KK adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang nama, susunan dan hubungan dalam keluarga.
32. Kartu Tanda Penduduk, selanjutnya disebut KTP adalah identitas resmi penduduk sebagai bukti diri yang diterbitkan oleh instansi pelaksana yang berlaku di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
33. Kartu Elektronik JKBM adalah kartu identitas peserta JKBM yang tercetak nomor peserta JKBM yang didalamnya berisi data KK peserta JKBM, digunakan untuk mendapatkan pelayanan JKBM berbasis Teknologi Informasi

BAB II

PERSYARATAN PESERTA DAN PROSEDUR MENJADI PESERTA

Bagian Kesatu

Persyaratan Peserta

Pasal 2

Persyaratan peserta JKBM adalah penduduk Bali yang telah:

- a. memiliki Kartu Keluarga;
- b. memiliki KTP Bali bagi yang berumur diatas 17 tahun; dan
- c. Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan dari Kepala Desa.

Bagian Kedua

Prosedur Menjadi Peserta

Pasal 3

Prosedur menjadi peserta JKBM adalah sebagai berikut:

- a. masyarakat mendaftar di Kelian Banjar dengan membawa foto copy KK, KTP semua anggota keluarga dan Surat Keterangan tidak memiliki jaminan kesehatan dari Kepala Desa;
- b. kemudian dikumpulkan di tingkat Desa, di rekap dikecamatan dan terakhir di Kabupaten/Kota ditetapkan dalam Keputusan Bupati/Walikota;
- c. atas dasar Keputusan Bupati/Walikota, di Provinsi oleh Tim Pengelola JKBM identitas peserta berupa kartu elektronik JKBM dicetak; dan
- d. bila terjadi mutasi berupa penambahan atau pengurangan, maka proses perubahan data dilakukan melalui Pemberi Pelayanan Kesehatan (Puskesmas/Rumah Sakit) dengan melampirkan KK terbaru dan/atau Surat Keterangan tidak memiliki jaminan kesehatan, yang selanjutnya diusulkan kepada Tim Pengelola Kabupaten/Kota dan Tim Pengelola Provinsi untuk segera dilakukan validasi dan penerbitan kartu elektronik JKBM dimaksud.

BAB III

IDENTITAS PESERTA MENDAPATKAN PELAYANAN, TEMPAT DAN PROSEDUR PELAYANAN

Bagian Kesatu

Identitas Peserta Mendapatkan Pelayanan

Pasal 4

- (1) Identitas peserta untuk mendapatkan pelayanan JKBM di Puskesmas dan jaringannya adalah dengan menunjukkan identitas asli dan menyerahkan:
 - a. *foto copy* KTP Bali bagi masyarakat yang berumur 17 (tujuh belas) tahun keatas;
 - b. *foto copy* KK bagi yang berumur dibawah 17 (tujuh belas) tahun;
 - c. bayi (berumur kurang dari 1 tahun) menyerahkan *foto copy* identitas orang tua dan surat keterangan kelahiran;
 - d. masyarakat yang mengalami kelainan jiwa dapat menggunakan *foto copy* Surat Keterangan mengalami kelainan jiwa dari *Kelian Banjar* atau Kepala Desa.
 - e. atau menggunakan kartu elektronik JKBM;

- (2) Identitas peserta untuk mendapatkan pelayanan JKBM di rumah sakit adalah dengan menunjukkan identitas asli dan menyerahkan:
- a. *foto copy* KTP Bali bagi masyarakat yang berumur 17 tahun keatas;
 - b. *foto copy* KK bagi yang berumur dibawah 17 tahun;
 - c. bayi (berumur kurang dari 1 tahun) menyerahkan *foto copy* identitas orang tua;
 - d. masyarakat yang mengalami kelainan jiwa dapat menggunakan *foto copy* Surat Keterangan mengalami kelainan jiwa dari Kelian Banjar atau Kepala Desa;
 - e. *foto copy* surat keterangan tidak memiliki jaminan kesehatan dari kepala desa/lurah
 - f. atau menggunakan kartu elektronik JKBM;
 - g. untuk pasien *emergency* menyerahkan surat jaminan pembayaran dari rumah sakit daerah asal KTP/KK pasien; dan
 - h. bagi pasien non *emergency* menyerahkan surat rujukan.

Bagian Kedua

Tempat Pelayanan Kesehatan

Pasal 5

Tempat pelayanan kesehatan melalui program JKBM adalah:

- a. Puskesmas beserta jaringannya di semua Kabupaten/Kota di dalam wilayah Provinsi;
- b. Rumah sakit pemerintah yang telah menjalin kerjasama dengan pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Bagian Ketiga

Prosedur Pelayanan

Pasal 6

Prosedur pelayanan kesehatan peserta JKBM melalui mekanisme rujukan.

- (1) Prosedur pelayanan kesehatan bagi pasien *non emergency* yaitu :
- a. peserta JKBM terlebih dahulu datang ke Puskesmas atau jaringannya dengan menunjukkan identitas JKBM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1);
 - b. apabila tidak dapat ditangani di Puskesmas maka dirujuk ke RSUD/RS Indera/RS Jiwa dan apabila tidak dapat ditangani dirujuk ke RS Pusat Rujukan Sanglah Denpasar dengan menunjukkan identitas diri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2); dan
 - c. bagi Pasien yang tidak termasuk *emergency* yang memerlukan pelayanan kesehatan di luar jam kerja Puskesmas, dapat langsung berkunjung rawat jalan tingkat lanjutan, hanya diberikan pengobatan sementara dan selanjutnya harus mengikuti mekanisme rujukan.

- (2) Prosedur pelayanan kesehatan bagi pasien *emergency* yaitu:
Untuk pasien *emergency* tidak perlu melalui mekanisme rujukan tetapi dapat langsung ke pemberi pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit, dengan menunjukkan identitas peserta JKBM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2).

BAB IV

FASILITAS PELAYANAN DAN PELAYANAN YANG DIBATASI

Bagian Kesatu

Fasilitas Pelayanan

Pasal 7

Fasilitas pelayanan yang diberikan kepada peserta dalam program JKBM meliputi:

- a. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya; dan
 - rawat jalan tingkat pertama di puskesmas dan Jejaringnya;
 - rawat inap tingkat pertama di puskesmas rawat inap;
 - pelayanan gawat darurat.
- b. Pelayanan Kesehatan di Pemberi Pelayanan Kesehatan lanjutan.
 - rawat jalan tingkat lanjut di Rumah Sakit;
 - rawat inap tingkat lanjut di Rumah Sakit jejaring dengan fasilitas kelas III;
 - pelayanan Gawat Darurat;

Pasal 8

- (1) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 meliputi:
1. rawat jalan tingkat pertama di dalam dan luar gedung Puskesmas dan jaringannya yang diberikan kepada peserta terdiri dari :
 - a. pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum;
 - b. pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis;
 - c. pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter gigi;
 - d. tindakan medis kecil;
 - e. penunjang diagnostik sederhana;
 2. rawat inap tingkat pertama di Puskesmas Rawat Inap;
 - a. perawatan dan akomodasi rawat inap;
 - b. visite dokter umum;
 - c. visite dokter spesialis;
 - d. konsultasi medis;
 - e. pemeriksaan fisik dan penyuluhan;
 - f. tindakan medis kecil;
 - g. penunjang diagnostik sederhana;
 - h. pemberian obat;
 3. pelayanan gawat darurat (*emergency*);

- (2) Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit (Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan).
1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan meliputi:
 - a. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan oleh dokter spesialis/umum;
 - b. rehabilitasi medis;
 - c. penunjang diagnostik, laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
 - d. tindakan medis;
 - e. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 - f. pemberian obat sesuai formularium obat JKBM;
 - g. pelayanan penyediaan darah; dan
 2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III, meliputi:
 - a. akomodasi dan konsultasi rawat inap pada kelas III
 - b. konsultasi medis dan pemeriksaan fisik;
 - c. penunjang diagnostik, patologi klinik, patologi anatomi, laboratorium mikro patologi, patologi radiologi dan elektromedik
 - d. Tindakan medis
 - e. operasi kecil, sedang dan besar sesuai dengan kompetensinya;
 - f. pelayanan rehabilitasi medis;
 - g. perawatan *Intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)*;
 - h. Pemberian obat sesuai formularium obat JKBM;
 - i. pelayanan darah;
 - j. bahan dan alat kesehatan habis pakai; dan
 3. pelayanan gawat darurat/*emergency*.

Bagian Kedua

Pelayanan Yang Dibatasi

Pasal 9

Pelayanan yang dibatasi bagi peserta JKBM adalah :

- a. kacamata dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp.200.000,- berdasarkan ketentuan dan resep dokter mata Rumah Sakit jejaring;
- b. *intra ocular Lens (IOL)* diberikan penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata dengan nilai maksimal Rp. 300.000 untuk operasi katarak dengan metode SICS, untuk operasi katarak dengan metode Phaeco maksimal Rp.1.000.000,-; dan Bola mata palsu maksimal Rp.400.000,-;dan
- c. Kacamata, IOL dan bola mata palsu, disediakan oleh rumah sakit bekerjasama dengan pihak-pihak lain.
- d. Hemodialisis diberikan maksimal 6 kali untuk kasus baru.

BAB V

PELAYANAN YANG TIDAK DIJAMIN DAN YANG MEMBATALKAN PELAYANAN

Bagian Kesatu

Pelayanan Yang Tidak Dijamin

Pasal 10

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin (tidak ditanggung) dalam program JKBM adalah:

- a. pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku;
- b. bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
- c. *general check up*;
- d. *prothesis* gigi tiruan;
- e. operasi jantung;
- f. pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
- g. rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
- h. pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;
- i. pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial;
- j. pelayanan kesehatan cangguh (kedokteran nuklir, transplantasi organ);
- k. pembersihan karang gigi dan usaha meratakan gigi;
- l. ketergantungan obat-obatan;
- m. obat di luar formularium obat JKBM;
- n. sirkumsisi;
- o. anti Retro Viral (ARV)
- p. cacat bawaan;
- q. biaya autopsi atau biaya visum;
- r. kanker dan kemoterapi;
- s. kecelakaan lalu lintas;
- t. upaya percobaan bunuh diri.

Bagian Kedua

Hal-hal yang Membatalkan Pelayanan

Pasal 11

Pelayanan JKBM dapat dibatalkan apabila:

- a. peserta tidak membawa identitas peserta JKBM paling lambat 2 x 24 jam kerja;
- b. peserta *non emergency* datang ke Rumah Sakit tanpa membawa surat rujukan dari Puskesmas atau Rumah Sakit Kab/kota pada jam kerja Puskesmas;
- c. peserta memaksakan kehendaknya untuk meminta rujukan dari Puskesmas tanpa indikasi medis;
- d. peserta yang dirawat inap di Rumah Sakit tetapi meminta pulang paksa;

- e. peserta yang dirawat inap di Rumah Sakit yang meminta pindah kelas perawatan dari kelas III ke kelas yang lebih tinggi; dan
- f. peserta yang sudah memiliki jaminan kesehatan lainnya (Askes, Jamkesmas, ASABRI, Jamsostek, dan lain-lain).

BAB VI

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Bagian Kesatu

Pelayanan Dasar pada Puskesmas Non Perawatan dan Jejaringnya

Pasal 16

Puskesmas non Perawatan tidak diperbolehkan :

- a. membuat rujukan ke Rumah Sakit berdasarkan permintaan/paksaan oleh penderita/keluarga penderita;
- b. melakukan rujukan tanpa terlebih dahulu melakukan pemeriksaan sesuai standar pelayanan di Puskesmas;
- c. merujuk penderita yang masih dapat ditangani di Puskesmas dengan alasan apapun;
- d. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem JKBM kepada peserta JKBM dengan alasan apapun; dan
- e. mengajukan klaim dana JKBM untuk penderita yang telah dijamin sistem asuransi yang lain dan bila melanggar wajib mengembalikan dana klaim.

Pasal 17

Puskesmas Non Perawatan berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku;
- b. menentukan pembagian dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku;

Pasal 18

Puskesmas Non Perawatan dalam memberikan pelayanan wajib:

- a. selalu menyiapkan obat/alat yang diperlukan, jika obat/alat habis atau kurang segera mengajukan usulan permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- b. memberikan obat pada pasien untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. melayani semua kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar sesuai dengan standar pelayanan Puskesmas;
- d. melakukan kerja sama dengan Puskesmas terdekat jika tenaga kesehatan di tempatnya tidak siap melayani kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan kesehatan dasar;

- e. melakukan rujukan yang disertai dengan surat rujukan, baik ke fasilitas rawat jalan tingkat lanjut di Puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke fasilitas Rujukan di RS Kabupaten/Kota;
- f. mengantar pasien yang akan dirujuk jika diperlukan (surat rujukan dilampirkan pada saat pengajuan klaim);
- g. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- h. selalu berkoordinasi dengan Tim Pengelola JKBM Tingkat Kabupaten/Kota di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Bagian Ketiga

Pelayanan Dasar di Puskesmas Perawatan dan Jaringannya

Pasal 19

Puskesmas Perawatan tidak diperbolehkan:

- a. mengarahkan/memaksa pasien/keluarga pasien untuk meminta surat rujukan ke rumah sakit;
- b. melakukan rujukan tanpa terlebih dahulu melakukan pemeriksaan sesuai standar pelayanan di Puskesmas perawatan;
- c. merujuk penderita yang masih dapat ditangani di Puskesmas dengan alasan apapun;
- d. merujuk ke fasilitas pusat rujukan.
- e. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem JKBM kepada peserta JKBM dengan alasan apapun; dan
- f. mengajukan klaim dana JKBM untuk penderita yang telah dijamin sistem asuransi yang lain (dikenakan sanksi pengembalian dana klaim).

Pasal 20

Puskesmas Perawatan berwenang:

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku;
- b. menentukan pembagian dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku;

Pasal 21

Puskesmas Perawatan, dalam memberikan pelayanan wajib:

- a. menyiapkan obat/alat yang diperlukan, jika obat/alat habis atau kurang segera mengajukan usulan permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- b. memberikan obat pada pasien untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. melayani semua kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar sesuai dengan standar pelayanan Puskesmas;

- d. melakukan kerja sama dengan Puskesmas terdekat jika tenaga kesehatan di tempatnya tidak siap melayani kasus yang dapat ditangani di tingkat pelayanan kesehatan dasar;
- e. melakukan rujukan yang disertai dengan surat rujukan, baik ke fasilitas rawat jalan tingkat lanjut di Puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke fasilitas Rujukan di Rumah Sakit Kabupaten/Kota, mengantar pasien yang akan dirujuk jika diperlukan (surat rujukan dilampirkan pada saat pengajuan klaim);
- f. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- g. selalu berkoordinasi dengan Tim Pengelola JKBM Tingkat Kabupaten/Kota di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

BAB VI

PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Bagian Kesatu

Pelayanan Rujukan Rumah Sakit Kabupaten/Kota

Pasal 22

Rumah Sakit Kabupaten/Kota tidak diperbolehkan:

- a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari Puskesmas (kecuali keadaan gawat darurat/*emergency*);
- b. dipaksa untuk menerima pasien tanpa surat rujukan dari Puskesmas;
- c. memperbolehkan pasien pulang paksa sebelum perawatan selesai (sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan);
- d. merujuk pasien yang bisa ditanganinya sesuai standar pelayanan kesehatan Rumah Sakit Kabupaten/Kota
- e. menarik iuran/biaya atau biaya yang sudah diatur dalam sistem JKBM dengan alasan apapun;
- f. mengajukan klaim bagi pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan (sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan); dan
- g. mengajukan klaim ke Program JKBM untuk pasien-pasien yang telah dilayani oleh sistem asuransi yang lain (sanksi berupa pengembalian *klaim*).

Pasal 23

Rumah Sakit Kabupaten/Kota sebagai fasilitas rujukan dalam memberikan pelayanan, wajib:

- a. memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai yang mengacu pada formularium obat pelayanan kesehatan program JKBM;
- b. melayani pasien yang dirujuk oleh Puskesmas yang termasuk dalam kasus-kasus penyakit sesuai standar Rumah Sakit Kabupaten/Kota (fasilitas rujukan pertama);

- c. melayani pasien yang tidak *emergency* di luar jam kerja dengan memberikan pengobatan sementara dan untuk pengobatan selanjutnya menganjurkan pasien berobat sesuai mekanisme JKBM;
- d. mengembalikan kasus-kasus penyakit yang masuk dalam standar pelayanan tingkat dasar ke Puskesmas yang merujuk;
- e. membuat umpan balik kasus-kasus yang sudah dilayani di Puskesmas yang merujuk jika kasus tersebut sudah bisa dilayani di fasilitas pelayanan kesehatan dasar;
- f. merujuk pasien ke Rumah Sakit Kelas B (Rumah Sakit satelit seperti RS Sanjiwani, RS Singaraja, RS Tabanan dan RS Wangaya) untuk kasus-kasus yang tidak bisa dilayani sesuai standar pelayanan Rumah Sakit Kelas C di Kabupaten/Kota;
- g. rujukan sebagaimana dimaksud pada huruf f harus dilengkapi:
 - 1. *foto copy* kartu identitas peserta;
 - 2. surat rujukan dari Rumah Sakit yang merujuk;
- h. menjalin perjanjian kerja sama untuk pembelian resep kacamata dengan optik yang telah berpengalaman;
- i. menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan peserta JKBM dengan tetap mengacu pada pedoman pelaksanaan JKBM;
- j. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggungjawab (akan diaudit oleh tim pemeriksa); dan
- k. berkoordinasi dengan Tim Pengelola JKBM Tingkat Kabupaten/Kota dan Tim Pengelola JKBM Provinsi jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Bagian Kedua

Pelayanan Kesehatan di Pusat Rujukan (Rumah Sakit Sanglah)

Pasal 24

Persyaratan yang harus dipenuhi dalam mendapatkan pelayanan pada Rumah Sakit Pusat Rujukan adalah:

- a. identitas peserta JKBM sebagaimana tercantum dalam Pasal 4 ayat (2);
- b. surat rujukan dari Rumah Sakit Kabupaten/kota kecuali dalam keadaan darurat/*emergency*; dan
- c. Untuk pasien gawat darurat/*emergency* menyerahkan surat jaminan pembayaran dari Rumah Sakit Kabupaten/Kota asal KTP/KK pasien JKBM.

Pasal 25

Rumah Sakit Pusat Rujukan dilarang:

- a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari Rumah Sakit Kabupaten/ Kota (kecuali keadaan gawat darurat/*emergency*);
- b. dipaksa untuk menerima pasien tanpa surat rujukan Kabupaten/Kota;

- c. memperbolehkan pasien pulang paksa sebelum perawatan selesai (sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan);
- d. merujuk pasien yang bisa ditanganinya sesuai standar pelayanan kesehatan Rumah Sakit ;
- e. menarik iuran/biaya yang sudah diatur dalam sistem JKBM dengan alasan apapun;
- f. mengajukan klaim bagi pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan (sanksi berupa pembayaran klaim tidak diberikan); dan
- g. mengajukan klaim ke Program JKBM untuk pasien-pasien yang telah dilayani oleh sistem asuransi yang lain (sanksi berupa pengembalian klaim).

Pasal 26

Rumah Sakit Pusat rujukan berwenang:

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan tarif JKBM;
- b. menentukan pemanfaatan dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku; dan
- c. lain-lain yang dianggap perlu sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Pasal 27

Rumah Sakit Pusat Rujukan dalam memberikan pelayanan wajib:

- a. memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai yang mengacu pada Formularium obat pelayanan kesehatan program JKBM;
- b. melayani pasien yang dirujuk oleh Rumah Sakit Kabupaten/Kota yang termasuk dalam kasus-kasus penyakit sesuai standar pelayanan Rumah Sakit ;
- c. mengembalikan kasus-kasus penyakit yang masuk dalam standar pelayanan Rumah Sakit Kabupaten/Kota yang merujuk;
- d. membuat umpan balik kasus-kasus yang sudah dapat dilayani ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota yang merujuk jika kasus tersebut sudah bisa dilayani di fasilitas pelayanan tersebut;
- e. menjalin perjanjian kerja sama untuk pembelian resep kacamata dengan optik yang telah berpengalaman;
- f. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- g. berkoordinasi dengan Tim Pengelola JKBM Provinsi jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

BAB VII

PENYELENGGARAAN LINTAS WILAYAH

Bagian Kesatu

Syarat Pelayanan dan yang Membatalkan Pelayanan

Pasal 28

Syarat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program JKBM jika pasien berada di luar Kecamatan/Kabupaten/Kota tempat tinggal yang masih berada di wilayah Provinsi adalah:

- a. menunjukkan identitas peserta JKBM dan keterangan belum memiliki jaminan kesehatan dari Desa/Kelurahan asal KTP/KK pasien dan memberikan foto copy nya kepada fasilitas pelayanan;
- b. menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar (puskesmas atau jejaringnya) sebagai tempat pelayanan pertama yang menangani keluhan penderita, kecuali dalam keadaan darurat/*emergency*; dan
- c. membawa surat rujukan apabila dirujuk ke rumah sakit (diluar keadaan gawat darurat/*emergency*).

Pasal 29

Pelayanan JKBM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 dapat dibatalkan apabila:

- a. tidak membawa identitas peserta JKBM
- b. telah memperoleh jaminan kesehatan lainnya seperti Askes, Jamsostek, ASABRI, Askeskin/Jamkesmas atau asuransi lainnya; dan
- c. langsung menggunakan fasilitas rujukan di Rumah Sakit Kabupaten/Kota atau Rumah Sakit Pusat Rujukan pada saat jam kerja puskesmas (diluar keadaan *emergency*).

Bagian Kedua

Kewenangan dan Prosedur

Pasal 30

- (1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) dan Jejaringnya berwenang:
 - a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur yang berlaku kepada dana yang dikelola di Puskesmas masing-masing tanpa melihat asal pasien;
 - b. menentukan pemanfaatan dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku; dan
 - c. lain-lain yang dianggap perlu sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.
- (2) Penyelenggara pelayanan kesehatan Rumah Sakit Kabupaten/Kota yang memberikan pelayanan kesehatan Lintas Kecamatan/Kabupaten/Kota berwenang:
 - a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur yang berlaku kepada Puskesmas/Rumah Sakit rujukan Kabupaten/Kota asal pasien;
 - b. menentukan pemanfaatan dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku; dan
 - c. lain-lain yang dianggap perlu sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Bagian Ketiga

Kewajiban Petugas

Pasal 31

Petugas Pemberi Pelayanan Kesehatan dalam memberikan pelayanan lintas kecamatan/Kabupaten/Kota wajib:

- a. melayani setiap pasien yang datang walaupun pasien tersebut tidak tinggal di wilayahnya dengan catatan identitas pasien masih berada di wilayah Provinsi Bali;
- b. bagi petugas yang bertugas di Rumah Sakit Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Indera dan Rumah Sakit Jiwa harus melayani pasien lintas Kecamatan/Kabupaten/Kota di luar jam kerja. Untuk kasus yang tidak *emergency* pemberian obat hanya diberikan pengobatan sementara dan selanjutnya harus mengikuti mekanisme yang berlaku;
- c. bagi petugas yang bertugas di Rumah Sakit Pusat rujukan tidak boleh langsung menerima pasien dari Kabupaten/Kota tanpa prosedur yang telah ditetapkan kecuali kasus gawat darurat /*emergency* dan kasus kegawat daruratan (*life saving*);
- d. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan akuntabel sebagai bahan audit oleh tim pemeriksa; dan
- e. berkoordinasi dengan Tim Pengelola JKBM Tingkat Provinsi/ Kabupaten/Kota jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

BAB VIII

PENDANAAN, PENGELOLAAN KEUANGAN, MEKANISME PENCAIRAN DANA DAN PEMANFAATAN DANA

Bagian Kesatu

Pendanaan

Pasal 32

- (1) Pendanaan untuk pembiayaan program JKBM merupakan *sharing* Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKBM.
- (2) *Sharing* Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditransfer ke rekening Kas Umum Daerah Provinsi Bali sesuai dengan Prosentase tanggungan atas realisasi yang sudah terverifikasi dan atau prosentase atas penyaluran Hibah JKBM;
- (3) Pendanaan untuk manajemen operasional dianggarkan tersendiri oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota;
- (4) Pendanaan untuk manajemen operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi pada 2 (dua) tahun pertama.

Bagian Kedua

Pengelolaan Keuangan

Pasal 33

Pengelolaan keuangan JKBM dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Hibah diberikan oleh Pemerintah Provinsi Bali kepada Pusat Pelayanan Kesehatan.
- b. Hibah dari pemerintah Provinsi dimanfaatkan sesuai dengan apa yang tetuang dalam NPHD
- c. Belanja Hibah dikelola dan dipertanggungjawabkan oleh penerima hibah;
- d. Belanja Bansos secara administrasi dikelola PPKD dan dipertanggungjawabkan oleh penerima Bansos melalui SKPD sesuai dengan Tugas dan Fungsinya; dan
- e. Belanja Manajemen operasional dikelola dan dipertanggungjawabkan oleh SKPD Pengguna Anggaran Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Bagian Ketiga

Mekanisme Pencairan Dana

Pasal 34

(1)Penyaluran Dana Belanja Hibah dilaksanakan secara bertahap, dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Surat Penyediaan Dana (SPD) dijadikan dasar oleh Penerima Hibah untuk mengajukan permintaan dana kepada SKPKD selaku Pengguna Anggaran yang bersifat administratif.
- 2) Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) selaku Leading Surat Perintah Membayar Langsung (SPM-LS) kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah berdasarkan pengajuan permintaan dari Penerima Hibah.
- 3) Pengajuan permintaan pembayaran Belanja Hibah Daerah Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program JKBM di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota oleh Penerima Hibah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku.
- 4) Penyaluran Dana Belanja Hibah dilaksanakan secara bertahap, dengan rincian sebagai berikut :
 - a. tahap I sebesar 30% (tiga puluh persen) dari alokasi Dana Belanja Hibah, paling cepat dilaksanakan pada Bulan Januari, setelah Peraturan Daerah Provinsi Bali tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Provinsi Bali ditetapkan;
 - b. tahap II sebesar 45% (empat puluh lima persen) dari Dana Belanja Hibah dilaksanakan paling lambat 15 (lima belas) hari kerja setelah laporan penyerapan penggunaan Dana Belanja Hibah Tahap I, dan telah diverifikasi disampaikan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) selaku Bendahara Umum Daerah (BUD) Pemerintah Provinsi Bali; dan

- c. tahap III sebesar 25% (dua puluh lima persen), dilaksanakan paling lambat 15 (lima belas) hari kerja setelah laporan penyerapan penggunaan Dana Belanja Hibah Tahap II dan telah diverifikasi disampaikan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) selaku Bendahara Umum Daerah (BUD) Pemerintah Provinsi Bali.
- 5) Penyaluran secara bertahap sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak dapat dilaksanakan secara sekaligus dan tidak melampaui tahun anggaran berjalan.
 - 6) Laporan penyerapan penggunaan Dana Belanja Hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf c disampaikan setelah penggunaan Dana Belanja Hibah telah mencapai 75% (tujuh puluh lima persen) dari penerimaan Dana Belanja Hibah sampai dengan tahap sebelumnya setelah dilakukan pelayanan dan klaim selesai diverifikasi oleh rumah sakit jejaring JKBM, dalam bentuk Berita Acara penggunaan dana pelayanan kesehatan, yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit/Kepala Puskesmas.
 - 7) Laporan penyerapan penggunaan Dana Belanja Hibah tahap III, diterima paling lambat pada minggu ketiga bulan Desember tahun berkenaan.
 - 8) Apabila dalam pelaksanaan terdapat sisa hibah yang belum dimanfaatkan, penerima Hibah dapat memanfaatkan untuk pembayaran klaim pelayanan JKBM yang belum terbayar pada tahun berkenaan pada tahun berikutnya sesuai ketentuan.
 - 9) Jasa giro atas dana hibah JKBM diakui sebagai pendapatan lain-lain oleh Kabupaten/Kota.
 - 10) Apabila sampai dengan akhir tahun anggaran terdapat klaim-klaim yang belum bisa dibayar, maka klaim-klaim tersebut setelah diverifikasi dilaporkan sebagai realisasi kurang bayar dan dapat direalisasikan melalui anggaran induk tahun berikutnya.
 - 11) Realisasi kurang bayar sebagaimana dimaksud pada angka ayat (10) akan mempengaruhi alokasi sharing antara Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota Tahun berikutnya.

Bagian Keempat

Proses Pengajuan Klaim

Pasal 35

- (1) Proses pengajuan klaim untuk pelayanan kesehatan dasar oleh Puskesmas:
 - a. mengirimkan dokumen klaim yang berisi rekapitulasi laporan pelayanan sesuai dengan blanko pelaporan JKBM beserta lampirannya yang diajukan setiap minggu keempat pada setiap bulan;

- b. dokumen klaim dari Jejaring Puskesmas ditujukan kepada Tim Pengelola Dana Program JKBM Puskesmas;
 - c. dokumen klaim yang berasal dari semua fasilitas Pelayanan Kesehatan dasar baik dari Puskesmas dan jejaringnya dikirimkan ke Tim Verifikasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dimana fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar itu berada dan dilakukan verifikasi oleh verifikator independen di Kabupaten/Kota masing-masing; dan
 - d. dana atas pelayanan baru dapat dicairkan apabila klaim yang diajukan telah terverifikasi dan ditanda tangani oleh Kepala Puskesmas dan verifikator independen.
- (2) Proses pengajuan klaim untuk pelayanan kesehatan lanjutan oleh Rumah Sakit Kabupaten/Kota:
- a. mengirimkan dokumen klaim yang berisi rekapitulasi laporan pelayanan baik pelayanan dalam wilayah maupun lintas wilayah dan jejaringnya sesuai dengan blanko pelaporan JKBM beserta lampirannya yang diajukan setiap minggu keempat setiap bulan;
 - b. pengajuan klaim harus sudah ditandatangani oleh Direktur Rumah sakit dan verifikator independen;
 - c. dokumen klaim ditujukan pada Tim Pengelola JKBM Provinsi; dan
 - d. dokumen klaim ini juga termasuk klaim yang berasal dari kerjasama dengan jejaringnya.
- (3) Alur pengajuan klaim dan kelengkapan administrasinya dalam pencairan dana pelayanan kesehatan JKBM adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (4) Pencairan dana belum bisa dilakukan apabila:
- a. dokumen klaim belum dinyatakan lengkap oleh Tim Verifikator di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/di Rumah Sakit; dan/atau
 - b. dokumen klaim tidak lengkap dan tidak sesuai dengan persyaratan yang telah diatur dalam Pedoman Penyelenggaraan JKBM.

Bagian Kelima

Pemanfaatan Dana JKBM

Pasal 36

- (1) Pemanfaatan dana JKBM di Puskesmas dan jejaringnya adalah sebagai berikut:
- a. bagi Puskesmas yang pengelolaan keuangannya berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dana atas pelayanan yang diberikan setelah hasil verifikasi dimanfaatkan sesuai dengan mekanisme BLUD;
 - b. bagi Puskesmas yang pengelolaan keuangannya belum berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), dana atas pelayanan yang diberikan kepada peserta JKBM, jasa atas pelayanan yang diberikan secara bruto dilaporkan dan disetorkan ke Kas Daerah sebagai pendapatan retribusi pelayanan kesehatan.

- c. Belanja terkait dengan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud huruf b tersebut dianggarkan dalam RKA Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- (2) Pemanfaatan dana di Rumah Sakit
- a. bagi Rumah Sakit yang pengelolaan keuangannya berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dana atas pelayanan yang diberikan setelah hasil verifikasi dimanfaatkan sesuai dengan mekanisme Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
 - b. bagi Rumah Sakit yang pengelolaan keuangannya belum berbentuk Badan Layanan Umum Daerah BLUD, dana atas pelayanan yang diberikan kepada peserta JKBM, jasa atas pelayanan yang diberikan secara bruto dilaporkan dan disetorkan ke Kas Daerah sebagai pendapatan retribusi pelayanan kesehatan.
 - c. dana atas pelayanan secara bruto sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf (b) disetorkan ke Kas Daerah sebagai pendapatan daerah; dan
 - d. Belanja terkait dengan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud huruf b tersebut dianggarkan dalam RKA Rumah Sakit kab/kota.

Pasal 37

Pola Tarif

- a. Pola Tarif Pelayanan Kesehatan dan penggunaan obat Peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara di Rumah Sakit dan Jaringannya mengacu pada Peraturan Gubernur Bali Nomor 20 Tahun 2011 tentang Besaran Biaya dan Formularium Obat Jaminan Kesehatan Bali Mandara di Rumah Sakit; dan.
- b. Pola Tarif Pelayanan Kesehatan Peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara di Puskesmas dan Jaringannya mengacu pada Peraturan Gubernur Bali Nomor 21 Tahun 2011 tentang Besaran Biaya dan Prosedur Pelayanan Kesehatan Peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara di Puskesmas dan Jaringannya.

BAB IX

PENGGORGANISASIAN

Pasal 38

Pada tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota dibentuk Tim Koordinasi dan Tim Pengelola JKBM sesuai dengan kondisi, kebutuhan dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

BAB X

MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

Pasal 40

- (1) Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Tim Koordinasi Provinsi dan Tim Koordinasi Kabupaten/Kota.
- (2) Kegiatan Monitoring dan Evaluasi dilakukan secara terjadwal dan terus menerus dengan melibatkan Tim Pengawas Internal dan Eksternal, masyarakat, swasta sesuai dengan kompetensi masing-masing.
- (3) Pelaporan dilakukan oleh Tim Pengelola Provinsi dan Tim Pengelola Kabupaten/Kota.

BAB XI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 41

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal 1 September 2011.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Bali.

Ditetapkan di Denpasar
pada tanggal 10 Mei 2011

GUBERNUR BALI,

MADE MANGKU PASTIKA

Diundangkan di Denpasar
pada tanggal 10 Mei 2011

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI BALI,

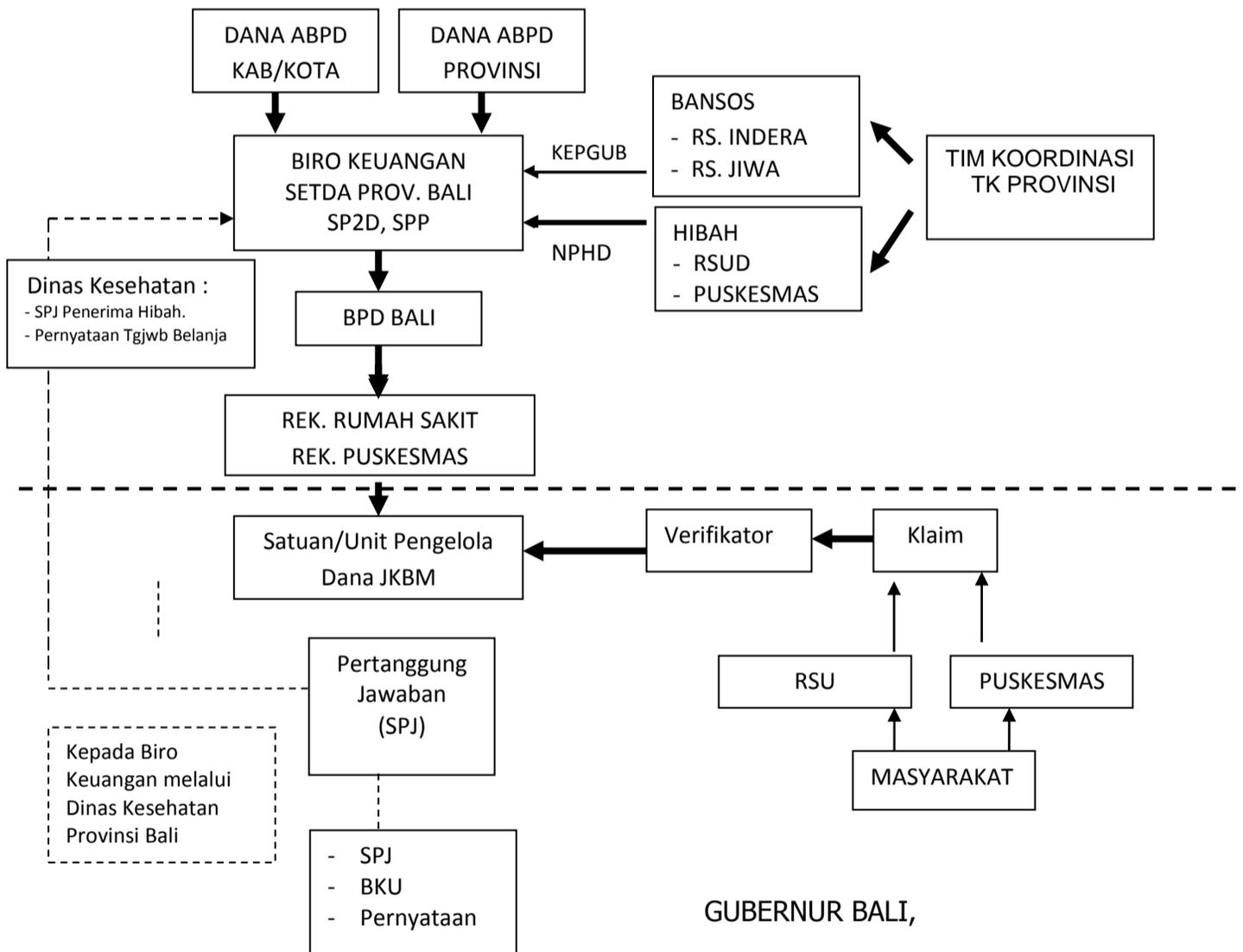
I MADE JENDRA

BERITA DAERAH PROVINSI BALI TAHUN 2011 NOMOR 22

LAMPIRAN
 PERATURAN GUBERNUR BALI
 TANGGAL 10 MEI 2011 NOMOR 22 TAHUN 2011
 TENTANG
 PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
 BALI MANDARA

Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara.

ALUR KLAIM DAN PENCAIRAN DANA
 PELAYANAN KESEHATAN JKBM



GUVERNUR BALI,

MADE MANGKU PASTIKA

