



GUBERNUR BALI

PERATURAN GUBERNUR BALI

NOMOR 6 TAHUN 2010

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
BALI MANDARA (JKBM)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BALI,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak dan produktif, dalam pemenuhannya diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang biaya dan mutunya terkendali;
- b. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada penduduk Bali yang sudah memenuhi persyaratan dan belum memiliki jaminan kesehatan, berhak mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM);
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM);
- 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 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);

5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. 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);
7. 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);
8. 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);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 45, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
11. 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);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/MENKES/PER/XII/86 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, Khusus Bentuk Pelayanan Medik Spesialistik;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/III/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
14. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten /Kota Sehat;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008;

MEMUTUSKAN:

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

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 Pemerintah Kabupaten/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. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
8. Rumah Sakit Kelas A adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) sub spesialis.
9. Rumah Sakit Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) sub spesialis dasar .
10. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.
11. Rumah Sakit Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik.
12. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya.
13. Puskesmas Non Perawatan adalah Puskesmas yang hanya memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan.
14. Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap.

15. 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.
16. Bidan Praktik Swasta yang selanjutnya disebut BPS adalah Bidan yang diberi ijin untuk menjalankan praktik perorangan setelah memenuhi persyaratan yang telah ditentukan.
17. Pos Kesehatan Desa yang selanjutnya disebut Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa.
18. Jejaring Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan yang berada dibawah koordinasi Puskesmas yang meliputi Puskesmas pembantu, Puskesmas Keliling, Posyandu, Pos Kesehatan Desa, Pondok Bersalin Desa.
19. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) adalah pelayanan poliklinik umum yang diberikan di Puskesmas dan jejaringnya.
20. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) adalah pelayanan spesialistik yang dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit Daerah, Rumah Sakit Indera Masyarakat, Rumah Sakit Jiwa dan Rumah Sakit Sanglah.
21. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) adalah pelayanan rawat inap di Puskesmas, yang meliputi akomodasi rawat inap, konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan, laboratorium sederhana (darah, urine, faeces) dan radiologi.
22. 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)).
23. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) adalah fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai ke pelayanan tingkat lanjutan di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah.
24. PPATRS adalah Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit.
25. 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.
26. Asuhan Persalinan Normal yang selanjutnya disebut ANP 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.
27. Penduduk Bali adalah setiap orang yang berdomisili di Bali, terdaftar dalam kartu keluarga dan memiliki Kartu Tanda Penduduk Bali.
28. Kartu Keluarga, selanjutnya disebut KK adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang nama, susunan dan hubungan dalam keluarga.
29. 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.

BAB II

PERSYARATAN KEPESERTAAN DAN TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Persyaratan Peserta

Pasal 2

Persyaratan peserta JKBM adalah penduduk Bali yang telah:

- a. memiliki KTP Bali dan anggota keluarganya memiliki KK; dan
- b. Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan.

Bagian Kedua

Tempat Pelayanan Kesehatan

Pasal 3

Tempat pelayanan kesehatan melalui program JKBM adalah :

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

BAB III

PROSEDUR DAN FASILITAS PELAYANAN

Bagian Kesatu

Prosedur Pelayanan

Pasal 4

Prosedur pelayanan kesehatan melalui Program JKBM di Puskesmas dan jejaringnya adalah dengan membawa identitas diri, berupa KTP/Kartu KK dan Surat Keterangan belum memiliki jaminan kesehatan dari Kepala Desa atau lurah, atau dengan identitas kartu JKBM.

Pasal 5

Prosedur pelayanan melalui JKBM di Rumah Sakit adalah :

- a. membawa identitas diri berupa KTP/KK dan Surat Keterangan belum memiliki jaminan kesehatan dari Kepala Desa atau Lurah;
- b. membawa Surat Rujukan dari Puskesmas atau jejaringnya serta foto copynya kecuali darurat/*emergency* dapat langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan; 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.

Bagian Kedua

Fasilitas Pelayanan

Pasal 6

Fasilitas pelayanan yang diberikan dalam program JKBM meliputi :

- a. rawat jalan tingkat pertama di puskesmas dan Jejaringnya;
- b. rawat inap tingkat pertama di puskesmas perawatan;
- c. rawat jalan tingkat lanjut di Rumah Sakit;
- d. rawat inap tingkat lanjut di Rumah Sakit jejaring dengan fasilitas kelas III;
- e. pelayanan Gawat Darurat, bagi Rumah sakit swasta yang belum menjadi jejaring JKBM tetap harus memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada peserta JKBM;
- f. kacamata dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp.200.000,- berdasarkan ketentuan dan resep dokter mata Rumah Sakit jejaring;
- g. *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 Phaco maksimal Rp.1.000.000,-; dan Bola mata palsu maksimal Rp.400.000,-;
- h. pelayanan penunjang diagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus *life-saving* dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite medik; dan
- i. terapi *Hemodialisa* diberikan maksimal sebanyak 6 kali untuk kasus baru.

BAB IV

HAL-HAL YANG TIDAK DIJAMIN DAN YANG MEMBATALKAN PELAYANAN

Bagian Kesatu

Pelayanan di luar Tanggungan Program

Pasal 7

Pelayanan kesehatan yang tidak menjadi tanggungan 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 akupunktur, 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 program Jamkesmas tahun 2008;
- n. sirkumsisi;
- o. anti Retro Viral (ARV)
- p. cacat bawaan;
- q. biaya transportasi;
- r. biaya autopsi atau biaya visum;
- s. *chemoterapi*;
- t. kecelakaan lalu lintas; dan
- u. upaya percobaan bunuh diri.

Bagian Kedua

Hal-hal yang Membatalkan Pelayanan

Pasal 8

Pelayanan JKBM dapat dibatalkan apabila:

- a. peserta tidak membawa; kartu identitas berupa KTP/KK dan keterangan belum memiliki jaminan kesehatan dari Kepala Desa atau Lurah di wilayah provinsi;
- b. peserta datang ke Rumah Sakit tanpa membawa rujukan dari Puskesmas 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 V

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Bagian Kesatu

Pelayanan Dasar pada Bidan Praktek Swasta/ Pos Kesehatan Desa

Pasal 9

Syarat BPS/Poskesdes untuk menjadi Jejaring Puskesmas pada sistem JKBM adalah :

- a. berada di wilayah kerja puskesmas jejaring di lokasi BPS/ Poskesdes;
- b. mempunyai Surat Izin Bidan (SIB);

- c. mempunyai Surat Izin Praktek Bidan (SIPB);
- d. mempunyai Surat Izin Sarana;
- e. telah menjadi bidan delima; dan
- f. berkompeten dalam melakukan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dibuktikan dengan adanya sertifikat APN.

Pasal 10

BPS/Poskesdes tidak diperbolehkan:

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

Pasal 11

BPS/Poskesdes berwenang :

- a. mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku, kepada Puskesmas yang bertanggungjawab di wilayah kerja BPS/ Poskesdes berada;
- b. menentukan pembagian dana klaim sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku; dan
- c. melakukan hal lain yang dianggap perlu, sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku;

Pasal 12

Dalam memberikan pelayanan BPS/Poskesdes harus:

- a. menyiapkan obat/alat yang diperlukan sesuai dalam lingkup kompetensinya;
- b. melayani *Antenatal Care*, Asuhan Persalinan Normal dan *Post Natal Care* (termasuk kunjungan *neonatus*);
- c. melakukan rujukan yang disertai dengan surat rujukan, baik ke Rawat Jalan Tingkat lanjut di Puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke Fasilitas Rujukan (RS Kabupaten/kota, RS Indera atau RS Jiwa) serta mengantar pasien yang akan dirujuk jika diperlukan (surat rujukan dilampirkan pada saat klaim);
- d. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggung jawab; dan
- e. selalu berkoordinasi dengan Puskesmas di wilayahnya dan Tim Pengelola JKBM Tingkat Kabupaten/Kota di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Bagian Kedua

Pelayanan Dasar pada Puskesmas Non Perawatan dan Jejaringnya

Pasal 13

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 14

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; dan
- c. dan lain-lain yang dianggap perlu antara lain membuat jejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Bidan Praktik Swasta dan Bidan Poskesdes sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Pasal 15

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 dan rekam medis, baik ke fasilitas rawat jalan tingkat lanjut di puskesmas yang menyediakan poliklinik spesialis maupun rujukan ke fasilitas Rujukan di RS Kabupaten/kota. Serta 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.

Pasal 16

Pelayanan yang diberikan pada Puskesmas Non Perawatan dan jejaringnya terdiri dari :

- a. pelayanan di dalam dan di luar gedung:
 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 2. laboratorium sederhana (darah, urine dan faeces rutin) dan radiologi;
 3. tindakan medis kecil (kecuali sirkumsisi);
 4. pemeriksaan dan pengobatan gigi (termasuk cabut dan tambal);
 5. pemeriksaan kesehatan ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui;
 6. pemeriksaan kesehatan bayi dan balita;
 7. pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN); dan
 8. pemberian obat sesuai standar.
- b. persalinan normal di Puskesmas Non Perawatan, Polindes/rumah pasien/praktik bidan swasta yang telah bekerja sama dengan puskesmas;
- c. pelayanan gawat darurat (*emergency*); dan
- d. rawat jalan tingkat lanjutan bagi puskesmas yang mempunyai Poliklinik Spesialis, meliputi :
 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan oleh dokter spesialis/umum;
 2. rehabilitasi medis;
 3. penunjang diagnostic;
 4. tindakan medis kecil dan sedang
 5. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 6. pelayanan KB
 7. pemberian obat sesuai standar; dan
 8. pelayanan penyediaan darah.

Bagian Ketiga

Pelayanan Dasar di Puskesmas Perawatan dan Jaringanya

Pasal 17

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 18

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; dan
- c. dan lain-lain yang dianggap perlu antara lain membuat jejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Bidan Praktik Swasta dan Bidan Poskesdes sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Pasal 19

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 dan rekam medis, 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.

Pasal 20

Pelayanan yang diberikan Puskesmas Perawatan adalah meliputi:

- a. pelayanan di dalam dan di luar gedung:
 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 2. laboratorium sederhana (darah, urine dan faeces rutin) dan radiologi;
 3. tindakan medis kecil (kecuali sirkumsisi);
 4. pemeriksaan dan pengobatan gigi (termasuk cabut dan tambal);
 5. pemeriksaan kesehatan ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui;
 6. pemeriksaan kesehatan bayi dan balita;
 7. pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN); dan
 8. pemberian obat sesuai standar.
- b. rawat Inap Tingkat Pertama (Puskesmas Perawatan);
 1. akomodasi rawat inap;
 2. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 3. laboratorium sederhana (darah, urine dan faeces rutin) dan radiologi
 4. tindakan medis kecil (kecuali sirkumsisi);

5. pemberian obat sesuai standar;
6. persalinan normal dan dengan penyulit (Puskesmas PONED); dan
7. rujukan.
- c. persalinan Normal di Polindes/rumah pasien/praktek Bidan Swasta/Bidan Poskesdes yang telah bekerja sama dengan Puskesmas;
- d. pelayanan gawat darurat (*emergency*); dan
- e. rawat Jalan Tingkat Lanjut bagi puskesmas yang mempunyai Poliklinik Spesialis, meliputi :
 1. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan oleh dokter spesialis;
 2. rehabilitasi medis;
 3. penunjang diagnostic;
 4. tindakan medis kecil dan sedang
 5. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 6. pelayanan KB;
 7. pemberian obat sesuai standar; dan
 8. pelayanan penyediaan darah.

BAB VI

PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Bagian Kesatu

Pelayanan Rujukan Rumah Sakit Kabupaten/Kota

Pasal 21

Rumah Sakit kabupten/kota tidak diperbolehkan :

- a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari puskesmas (kecuali keadaan 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 system asuransi yang lain (sanksi berupa pengembalian klaim).

Pasal 22

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. kartu identitas peserta;
 2. surat rujukan dari puskesmas;
 3. rekam medik dan pemeriksaan yang telah dilakukan Puskesmas;
 4. surat rujukan dari Kepala Departemen/Bagian yang menangani kasus disertai rekam medik; dan
 5. surat rekomendasi rujukan yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit, jika Direktur tidak di tempat ditandatangani oleh Kasi Pelayanan Medik atas nama Direktur.
- h. menjalin perjanjian kerja sama untuk pembelian resep kacamata dengan optik yang telah berpengalaman;
- i. membuat pencatatan dan pelaporan yang lengkap, tertib, transparan dan bertanggungjawab (akan diaudit oleh tim pemeriksa); dan
- j. berkoordinasi dengan Tim Pengelola JKBM Tingkat Provinsi jika terjadi masalah/kendala di lapangan.

Pasal 23

Pelayanan pada Rumah Sakit kabupaten/kota adalah terdiri dari :

- a. rawat jalan tingkat lanjutan;
- b. akomodasi rawat inap pada kelas III;
- c. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
- d. penunjang diagnostik, laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
- e. tindakan medis sesuai dengan indikasi;
- f. operasi sedang dan besar sesuai dengan kompetensinya;
- g. pelayanan rehabilitasi medis;
- h. perawatan *Intensif Care Unit* (ICU);
- i. pelayanan penyediaan darah;
- j. bahan dan alat kesehatan habis pakai, bahan dan alat kesehatan se-efisien mungkin;
- k. persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK);
- l. rujukan dengan indikasi medis dan rekomendasi komite medik; dan
- m. pelayanan gawat darurat/*emergency*.

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. KTP/KK dan keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan melalui JKBM dari Kelurahan/Desa di wilayah Provinsi; dan
- b. surat rujukan dari Rumah Sakit Kabupaten/kota kecuali dalam keadaan darurat/*emergency*.

Pasal 25

Rumah Sakit Pusat Rujukan tidak boleh :

- a. menerima pasien tanpa surat rujukan dari Rumah Sakit Kabupaten Kota (kecuali keadaan 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 Menkes tahun 2009;
- 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 obat pelayanan kesehatan program ini;

- 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.

Pasal 28

Pelayanan yang diberikan pada Rumah Sakit Pusat Rujukan adalah meliputi :

- a. rawat jalan tingkat lanjutan;
- b. akomodasi rawat inap pada kelas III;
- c. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
- d. penunjang diagnostic, laboratorium klinik, radiology dan elektromedik;
- e. tindakan medis;
- f. operasi sedang, besar dan canggih;
- g. pelayanan Rehabilitasi Medis;
- h. perawatan *Intensif Care Unit* (ICU);
- i. pelayanan penyediaan darah;
- j. bahan dan alat kesehatan habis pakai, bahan dan alat kesehatan seefisien mungkin;
- k. persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK);
- l. rujukan dengan indikasi medis dan rekomendasi komite medic; dan
- m. pelayanan gawat darurat/*emergency*.

BAB VII

PENYELENGGARAAN LINTAS WILAYAH

Bagian Kesatu

Syarat Pelayanan dan yang Membatalkan Pelayanan

Pasal 29

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 KTP/KK dan keterangan belum memperoleh jaminan kesehatan melalui Jamkesmas dari Kelurahan/Desa setempat dan memberikan foto copy nya kepada fasilitas pelayanan; dan
- b. menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar (puskesmas atau jejaringnya) sebagai tempat pelayanan pertama yang menangani keluhan penderita, kecuali dalam keadaan darurat/*emergency*.

Pasal 30

Pelayanan JKBM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 dapat dibatalkan apabila:

- a. tidak membawa identitas diri, berupa KTP/KK dan keterangan belum memiliki jaminan kesehatan dari Desa/Kelurahan setempat;
- 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.

Bagian Kedua

Kewenangan dan Prosedur

Pasal 31

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dan Jejaringnya serta 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/RS 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 32

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, RS Indera dan RS 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 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 DAN MEKANISME PENCAIRAN DANA

Bagian Kesatu

Pendanaan

Pasal 33

- (1) Pendanaan untuk pembiayaan program JKBM merupakan *sharing* Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKBM;
- (2) Pendanaan untuk manajemen operasional dianggarkan tersendiri oleh Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Bagian Kedua

Pengelolaan Keuangan

Pasal 34

Pengelolaan keuangan JKBM dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Belanja Hibah dikelola dan dipertanggungjawabkan oleh penerima hibah;
- b. Belanja Bansos secara administrasi dikelola PPKD dan dipertanggungjawabkan oleh penerima Bansos; dan
- c. Belanja Manajemen operasional dikelola dan dipertanggungjawabkan oleh SKPD Pengguna Anggaran.

Bagian Ketiga

Mekanisme Pencairan Dana

Pasal 35

- (1) 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, diterima oleh 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 diterima oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) selaku Bendahara Umum Daerah (BUD) Pemerintah Provinsi Bali.
- (2) Penyaluran secara bertahap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dapat dilaksanakan secara sekaligus dan tidak melampaui tahun anggaran berjalan.
- (3) 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 diverifikasi dalam bentuk Berita Acara Verifikasi, yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit/Kepala Puskesmas dan verifikator.
- (4) Laporan penyerapan penggunaan Dana Belanja Hibah tahap III, diterima paling lambat pada tanggal 31 Desember tahun berkenaan.
- (5) Apabila dalam pelaksanaan terdapat sisa lebih anggaran yang belum dimanfaatkan dan bunga giro, maka Penerima Hibah wajib menyetor kembali ke rekening Kas Umum Daerah Pemerintah Provinsi Bali Nomor : 010.00.00000-1 pada Bank Pembangunan Daerah Bali paling lama tanggal 31 Desember tahun berkenaan.
- (6) Surat Penyediaan Dana (SPD) dijadikan dasar oleh Penerima Hibah untuk mengajukan permintaan dana kepada Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah (SKPKD) selaku Pengguna Anggaran yang bersifat administratif.
- (7) Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah (SKPKD) selaku Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (6), mengajukan Surat Perintah Membayar Langsung (SPM-LS) kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah berdasarkan pengajuan permintaan dari Penerima Hibah.

- (8) Pengajuan permintaan pembayaran Belanja Hibah Daerah Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten./Kota oleh Penerima Hibah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (9) Apabila sampai dengan berakhirnya kegiatan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Tahun 2010 masih terdapat sisa Belanja Hibah Daerah dan jasa giro, maka Penerima Hibah wajib menyetor kembali sisa Belanja Hibah Daerah sepenuhnya ke Rekening Kas Umum Daerah Pemerintah Provinsi Bali Nomor 010.00.00000-1 paling lama 31 Desember tahun berkenaan.

Bagian Keempat

Proses Pengajuan Klaim

Pasal 36

- (1) Proses pengajuan klaim untuk pelayanan kesehatan dasar oleh Puskesmas:
 - a. mengirimkan dokumen klaim yang berisi rekapitulasi laporan pelayanan baik pelayanan dalam wilayah maupun lintas wilayah 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. Tim Pengelola Kabupaten/Kota di Dinas Kesehatan Kabupaten/kota akan meneruskan dokumen klaim lintas wilayah ke Tim Pengelola Provinsi.
- (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.

Pemanfaatan Dana JKBM

Pasal 37

Pemanfaatan dana JKBM di Puskesmas dan Rumah sakit sesuai ketentuan Naskah Perjanjian Hibah Daerah.

Pasal 38

Pola Tarif

Pola tarif mengacu pada ketentuan yang berlaku di masing-masing Kabupaten/Kota

Formatted: Left, Indent: Left: 0", First line: 0", Space After: 0 pt, Line spacing: single

PENGORGANISASIAN

Pasal 39

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 Januari 2010.

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

Ditetapkan di Denpasar
pada tanggal 3 Pebruari 2010

GUBERNUR BALI,

pada tanggal 3 Pebruari 2010

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI BALI

NYOMAN YASA

BERITA DAERAH PROVINSI BALI TAHUN 2010 NOMOR 6
LAMPIRAN

PERATURAN GUBERNUR BALI

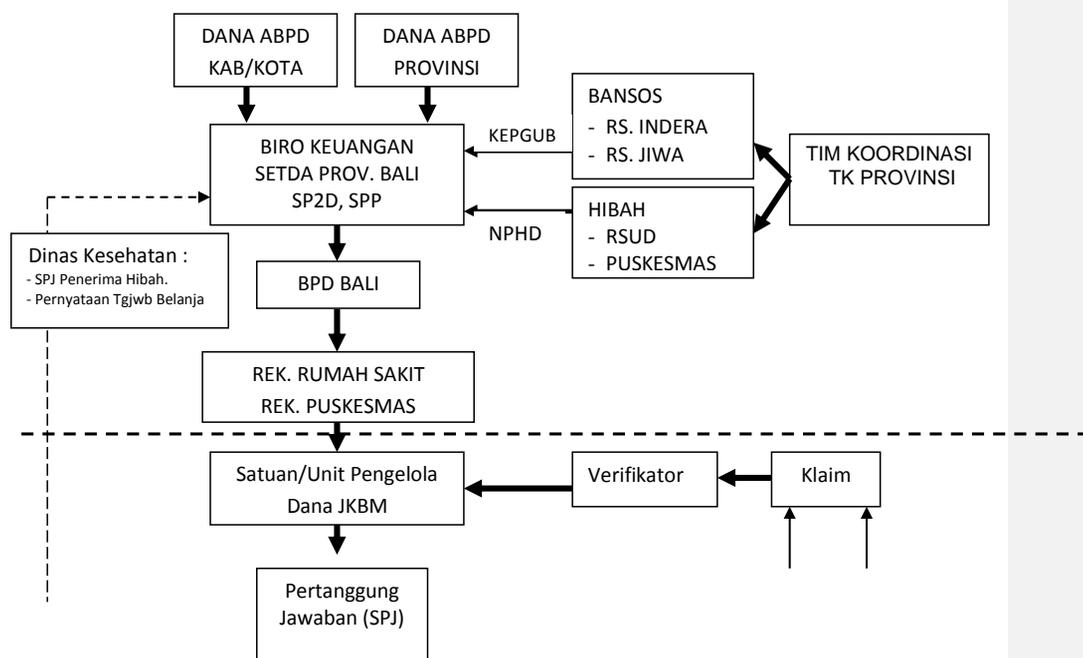
TANGGAL 3 PEBRUARI 2010 NOMOR 6 TAHUN 2010

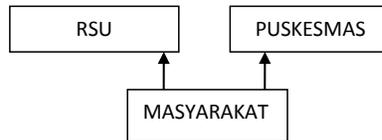
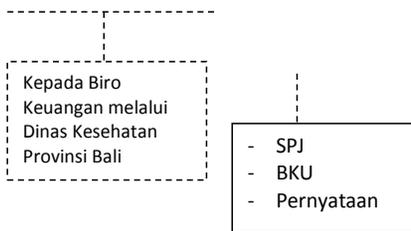
TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
BALI MANDARA (JKBM)

PELAYANAN KESEHATAN JKBM

Formatted: Centered





GUBERNUR BALI,

MADE MANGKU PASTIKA

PENGELOLAAN DANA HIBAH JKBM

