



WALI KOTA BANDUNG

PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN WALI KOTA BANDUNG

NOMOR 1171 TAHUN 2018

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA BANDUNG

NOMOR 316 TAHUN 2016 TENTANG PETUNJUK TEKNIS JAMINAN

PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN FAKIR MISKIN DAN ORANG TIDAK

MAMPU DI LUAR BASIS DATA PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

KOTA BANDUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BANDUNG,

- Menimbang : a. bahwa Petunjuk Teknis Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Di Luar Basis Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Kota Bandung telah ditetapkan dengan Peraturan Wali Kota Bandung Nomor 316 Tahun 2016, namun dalam perkembangannya untuk lebih memberikan ruang lingkup pembiayaan pelayanan kesehatan, maka Peraturan Wali Kota Bandung termaksud perlu diubah;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Perubahan Atas Peraturan Wali Kota Bandung Nomor 316 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Di Luar Basis Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Kota Bandung;
- Mengingat : 1. [Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003](#) tentang Keuangan Negara;
2. [Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004](#) tentang Perbendaharaan Negara;
3. [Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004](#) tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
4. Undang-Undang ...

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
8. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerimaan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
11. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberap kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Pelayanan Kesehatan Perorangan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
16. Peraturan ...

16. [Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 9 Tahun 2002](#) tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
17. [Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009](#) tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA BANDUNG NOMOR 316 TAHUN 2016 TENTANG PETUNJUK TEKNIS JAMINAN PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN FAKIR MISKIN DAN ORANG TIDAK MAMPU DI LUAR BASIS DATA PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN KOTA BANDUNG.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Wali Kota Bandung Nomor 316 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Luar Basis Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Kota Bandung (Berita Daerah Kota Bandung Tahun 2016 Nomor 09), diubah sebagai berikut:

1. Ketentuan Pasal 4 ayat (2) ditambahkan huruf d huruf e dan huruf f serta Pasal 4 ayat (3) huruf e, huruf f, huruf k dan huruf l dihapuskan sehingga Pasal 4 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 4

- (1) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dibebankan pada APBD sebagaimana tertuang dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran Dinas Kesehatan.
- (2) Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan untuk:
 - a. membayar penuh biaya perawatan sesuai dengan pola tarif BPJS pada Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi masyarakat miskin yang memiliki SKTM;
 - b. membayar ...

- b. membayar penuh biaya perawatan sesuai dengan pola tarif BPJS di Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi PMKS yang memiliki surat rekomendasi dari Dinas Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan;
- c. membayar penuh biaya perawatan sesuai dengan pola tarif BPJS di Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi pasien masyarakat miskin dan PMKS sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b yang membutuhkan rawat jalan lanjutan.
- d. membayar penuh biaya perawatan sesuai dengan pola tarif BPJS di Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi pasien yang mendapatkan masalah dalam administrasi penjaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan kecuali masalah pembayaran tunggakan dan denda pelayanan kesehatan ke BPJS Kesehatan, antara lain:
 - 1. aktifasi kepesertaan terlambat (bisa karena ada hari libur dan pasien meninggal/pulang sebelum kepesertaan aktif);
 - 2. pasien tidak lapor ke RS dalam waktu 3x24 jam (karena pasien harus merubah admisi masuk RS nya yang sebelumnya sebagai pasien umum); dan/atau
 - 3. status kepesertaan dalam masa penangguhan dan tidak didaftarkan menjadi PYDOPD.
- e. ketentuan ...

- e. ketentuan huruf d angka 3 diatas, mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2018.
 - f. membayar penuh biaya perawatan sesuai dengan pola tarif BPJS di Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi pasien yang pernah dirawat namun klaim tidak bisa dibayarkan karena berpotensi pembayaran ganda sehingga dibuktikan dengan surat pernyataan dari pihak terkait untuk menghindari terjadinya pembayaran ganda ke pihak Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan.
- (3) Anggaran jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak termasuk pelayanan untuk:
- a. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 - b. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
 - c. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 - d. pelayanan meratakan gigi (ortodontasi);
 - e. Dihapus.
 - f. Dihapus.
 - g. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shinshe, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
 - h. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
 - i. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
 - j. perbekalan kesehatan rumah tangga;
 - k. Dihapus.
 - l. Dihapus.
 - m. pembiayaan ...

- m. pembiayaan diluar tarif Inacbgs;
- n. pasien kecelakaan yang tidak mengurus jasa raharja; dan
- o. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

2. Ketentuan Pasal 5 ayat (1) huruf a dan huruf b dan Pasal 5 ayat (10), diubah, sehingga Pasal 5 berbunyi:

Pasal 5

- (1) Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat mengajukan klaim atas pemberi pelayanan terhadap pasien dari luar basis data PBI Jaminan Kesehatan yang dilaksanakan sebagai berikut:
- a. pasien menunjukkan SKTM dan identitas kependudukan berupa Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga sejak awal perawatan atau selama masa perawatan;
 - b. pasien PMKS menunjukkan Surat Rekomendasi dari Dinas Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan sejak awal perawatan atau selama masa perawatan;
 - c. pasien membawa surat rujukan dari Puskesmas sesuai indikasi medis, kecuali dalam kondisi gawat darurat harus dibuatkan surat keterangan dari Instalasi Gawat Darurat pada Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan termaksud;
 - d. pasien menunjukkan surat keterangan diperlukannya perawatan lanjutan dari dokter yang memberikan perawatan untuk pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan dan identitas kependudukan berupa Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga;
 - e. dalam ...

- e. dalam hal kondisi gawat darurat, fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan pertama harus terlebih dahulu memberikan pelayanan dengan mengutamakan keselamatan dan kondisi stabil pasien sebelum dirujuk;
 - f. dalam hal fasilitas kesehatan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan maka dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan lainnya sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
 - g. pasien sejak awal dirawat pada ruangan perawatan kelas III; dan
 - h. pasien diperbolehkan pulang setelah terlebih dahulu mendapat persetujuan dari tenaga medis.
- (2) Hari kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b adalah hari kerja instansi penerbit SKTM dan Surat Rekomendasi PMKS.
- (3) SKTM diterbitkan oleh Kelurahan berdasarkan surat pengantar dari Rukun Tetangga dan/atau Rukun Warga setempat dengan masa berlaku 6 (enam) bulan.
- (4) Bagan alur penerbitan SKTM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Lampiran I huruf A yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.
- (5) Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan menyediakan fasilitas perawatan di kelas III untuk perawatan masyarakat miskin di luar basis data PBI Jaminan Kesehatan.
- (6) Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan memberikan informasi yang benar tentang jumlah ketersediaan fasilitas perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) setiap harinya melalui bagian informasi dan pendaftaran pasien.

(7) Dalam ...

- (7) Dalam hal tidak tersedianya fasilitas perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) maka pasien dapat dirujuk ke Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan lainnya yang setara (rujukan horizontal) atau yang lebih tinggi (rujukan vertikal) dengan mengutamakan keselamatan pasien, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan tentang sistem rujukan.
- (8) Dalam hal pelayanan gawat darurat, maka Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan memberikan pelayanan tanpa mempersyaratkan uang muka dan administrasi.
- (9) Dalam hal analisa dokter menyatakan bahwa pasien masih memerlukan perawatan lanjutan maka pada kunjungan berikutnya, pasien tersebut membawa surat keterangan dokter sebagai pengganti surat rujukan dari Puskesmas disertai dokumen dan identitas kependudukan berupa Kartu Tanda Penduduk dan atau Kartu Keluarga.
- (10) Pelayanan kesehatan bagi pemegang SKTM di Puskesmas bebas biaya.
- (11) Pelayanan yang diberikan pada pasien di Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan meliputi semua formularium obat, jenis paket dan tarif pelayanan yang setara dengan Program BPJS.
- (12) Untuk kelancaran pemberian pelayanan, instalasi farmasi Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan menyediakan semua formularium obat sebagaimana dimaksud pada ayat (11).
- (13) Dalam hal Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan yang belum melakukan perjanjian kerjasama dengan BPJS maka pasien masyarakat miskin tetap dilayani sesuai prosedur tarif BPJS.
- (14) Daftar ...

(14) Daftar Jejaring Fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan Rujukan fakir miskin dan orang tidak mampu Kota Bandung tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal II

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bandung.

Ditetapkan di Bandung
Pada tanggal 12 September 2018

Plt. WALI KOTA BANDUNG,
TTD.
ODED MOHAMAD DANIAL

Diundangkan di Bandung
pada tanggal 12 September 2018

Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA BANDUNG,
TTD.

DADANG SUPRIATNA

BERITA DAERAH KOTA BANDUNG TAHUN 2018 NOMOR 52

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
PADA SEKRETARIAT DAERAH KOTA BANDUNG,



H. BAMBANG SUHARI, SH
NIP. 19650715 198603 1 027