



WALIKOTA MADIUN

SALINAN

PERATURAN WALIKOTA MADIUN

NOMOR 56 TAHUN 2016

TENTANG

**PEDOMAN PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT
YANG DIBIYAI PEMERINTAH DAERAH**

WALIKOTA MADIUN,

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat kurang mampu, Pemerintah telah memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang pembiayaannya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara melalui pembayaran iuran jaminan kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - b. bahwa guna mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Madiun, maka dengan berdasarkan ketentuan Pasal 6A Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dipandang perlu membiayai iuran jaminan kesehatan bagi penduduk Kota Madiun diluar kepesertaan program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud huruf a;
 - c. bahwa agar pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf b dapat dilaksanakan secara tertib administrasi, efektif dan efisien, perlu ditetapkan pedoman pelaksanaannya;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Pedoman Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah.

- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara ;
 2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ;
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ;
 4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan ;
 5. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ;
 6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 ;
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah ;
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah ;
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 ;
 10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 ;
 11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 ;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 01 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan ;
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional ;
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) ;

15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional ;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan ;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 328/MENKES/SK/IX/2013 tentang Formularium Nasional sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 159/MENKES/SK/V/2014 ;
18. Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah ;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA MADIUN TENTANG PEDOMAN PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT YANG DIBIYAI PEMERINTAH DAERAH.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Madiun.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Kota Madiun.
3. Walikota adalah Walikota Madiun.
4. Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana adalah Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Madiun.
5. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun.
6. Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana adalah Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Madiun.
7. Kepala Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak adalah Kepala Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak Kota Madiun.

8. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, yang selanjutnya disingkat APBD, adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Madiun.
9. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar masyarakat/peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada masyarakat atau peserta yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Kota Madiun.
10. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan, adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
11. Pusat Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disebut Puskesmas, adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas pada Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Madiun yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.
12. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan.
13. Kartu Madiun Sehat, yang selanjutnya disingkat KMS, adalah tanda kepesertaan Program Jaminan kesehatan yang dibiayai oleh APBD Kota Madiun dengan klaim yang dikeluarkan oleh Tim Pengelola.
14. Surat Keabsahan Peserta, yang selanjutnya disingkat SKP, adalah surat keterangan yang dibuat oleh verifikator sebagai bukti keabsahan peserta KMS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK II.
15. Surat Keabsahan Peserta Manual, yang selanjutnya disebut SKP Manual, adalah surat keterangan yang dibuat oleh verifikator di Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Madiun sebagai bukti keabsahan peserta KMS untuk mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan persalinan di PPK II Lain.

16. Pemberi Pelayanan Kesehatan Dasar atau Satu (I), yang selanjutnya disebut PPK I, adalah Pemberi Pelayanan Kesehatan pada tingkat dasar yang terdiri dari Puskesmas dan jaringannya.
17. Pemberi Pelayanan Kesehatan Dua, yang selanjutnya disebut PPK II, adalah Rumah Sakit Umum Daerah.
18. Pemberi Pelayanan Kesehatan Dua Lain, yang selanjutnya disebut PPK II Lain, adalah Rumah Sakit Lain yang ditunjuk berdasarkan perjanjian kerja sama untuk pelayanan kegawatdaruratan persalinan dalam rangka mendukung Program Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kota Madiun.
19. Pemberi Pelayanan Kesehatan Lanjutan, yang selanjutnya disebut PPK Lanjutan, adalah UPTD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur
20. Bidan Praktek Mandiri, yang selanjutnya disingkat BPM, adalah bidan perorangan yang melakukan praktek mandiri di Kota Madiun dan telah melakukan perjanjian kerja sama dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Madiun sebagai pemberi pelayanan persalinan, *Antenatal Care* dan Prenatal Care pada peserta Jamkesmasta untuk mendukung Program Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kota Madiun.
21. Bayi adalah usia 0 hari sampai dengan 28 hari.
22. Gawat Darurat adalah kondisi kritis secara klinis dari pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
23. Surat rujukan adalah surat keterangan yang dibuat oleh dokter PPK I, BPM, dan/atau PPK II guna penanganan pasien lebih lanjut di PPK Lanjutan karena ketidakmampuan ketenagaan, sarana dan prasarana dari PPK asal, bukan atas permintaan pasien dan bukan atas permintaan seseorang atas nama pasien.

24. Pelayanan ambulans adalah pelayanan transportasi ambulans dilengkapi tenaga medis atau tidak, dari rumah ke PPK I, BPM, PPK II, PPK II Lain (hanya dalam daerah), dari PPK I/BPM/PPK II/PPK II Lain ke PPK Lanjutan atas indikasi rujukan (sampai dengan luar daerah), dan dari PPK I/BPM/PPK II/PPK II Lain/PPK Lanjutan ke tempat tinggal (dalam daerah).
25. Pelayanan ambulans jenazah adalah pelayanan transportasi mobil jenazah bagi peserta Kartu Madiun Sehat dari PPK I/BPM/PPK II/PPK II Lain/PPK Lanjutan ke tempat tinggal (dalam daerah).
26. Klaim adalah tagihan pembiayaan yang diajukan oleh PPK I, BPM, PPK II, PPK II Lain, dan PPK Lanjutan yang ditunjuk setelah melakukan pelayanan kesehatan kepada peserta ke Tim Pengelola Kartu Madiun Sehat.
27. *Indonesia Case Base Group*, yang selanjutnya disebut *INA-CBG's*, adalah sistem pembiayaan jaminan kesehatan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosa penyakit berdasarkan golongannya yang digunakan untuk Program Kartu Madiun Sehat dengan mengacu pada ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang berlaku.
28. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada peserta program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan lainnya di fasilitas rawat jalan (berobat jalan).
29. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kesehatan kepada peserta program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
30. Kartu Madiun Sehat, yang selanjutnya disingkat KMS, adalah kartu Peserta Jaminan Kesehatan dengan pola pembayaran klaim yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Madiun sebagai bukti peserta Jaminan Kesehatan dengan pola pembayaran klaim.

31. Surat Pernyataan Miskin, yang selanjutnya disingkat SPM, adalah surat keterangan yang dikeluarkan oleh Walikota, yang didelegasikan kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Madiun, yang dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih lanjut di PPK Lanjutan.
32. *Antenatal Care* yang selanjutnya disebut ANC adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan risiko kehamilan (risiko tinggi, risiko meragukan, risiko rendah).
33. *Prenatal Care* yang selanjutnya disebut PNC adalah pengawasan janin dalam rahim yang dapat ditentukan dengan pemeriksaan khusus untuk mengurangi kejadian abortus, prematuritas, dan gangguan neonatus.
34. Pelayanan Imunisasi adalah pelayanan imunisasi yang diberikan kepada bayi usia 0-11 bulan dengan jenis imunisasi yaitu imunisasi Hepatitis B (0-7 hari) 1 (satu) kali, BCG 1 (satu) kali, Polio 4 (empat) kali, DPT-HB-Hib 3 (tiga) kali, dan Campak 1 (satu) kali, untuk melengkapi diberikan pada umur 18 (delapan belas) bulan DPT-HB-Hib 1 (satu) kali, dan umur 24 (dua puluh empat) sampai dengan 36 (tiga puluh enam) bulan diberikan campak 1 (satu) kali.
35. Klaim tersendiri adalah tagihan pembiayaan yang diajukan secara terpisah di luar paket Indonesia *Case Base Group*.

BAB II

SUSUNAN ORGANISASI

Pasal 2

- (1) Susunan Organisasi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah terdiri dari :
 - a. Tim Koordinasi ;
 - b. Tim Pengelola ; dan
 - c. Verifikator.
- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b, ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

- (3) Verifikator sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.

BAB III

TUJUAN

Pasal 3

Tujuan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah adalah memberikan perlindungan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan masyarakat non miskin di Daerah yang belum memiliki jaminan kesehatan.

BAB IV

PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Pasal 4

Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah, dilaksanakan melalui pembiayaan belanja program dan kegiatan dengan cara :

- a. pembiayaan jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah ke BPJS Kesehatan ;
- b. pembiayaan melalui pembayaran klaim dengan KMS ;
- c. pembiayaan melalui klaim untuk pelayanan kesehatan yang diberikan pada gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap.

Bagian Kedua

Pembiayaan Jaminan Kesehatan

Bagi Penduduk yang Didaftarkan Pemerintah Daerah pada BPJS Kesehatan

Pasal 5

- (1) Pembiayaan jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, dilakukan melalui pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Pembiayaan pelayanan kesehatan melalui pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan membayarkan sejumlah iuran dengan besaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Penduduk Daerah yang telah dibiayai melalui pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka kepada yang bersangkutan tidak dapat dibiayai melalui pembayaran klaim.

Paragraf 1

Kepesertaan

Pasal 6

- (1) Penduduk Daerah yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah yaitu penduduk yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS.
- (2) Penduduk Daerah yang dapat didaftarkan sebagai peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan ketentuan :
 - a. terdaftar dalam Kartu Keluarga, dan telah bertempat tinggal di Daerah paling singkat 6 (enam) bulan, terhitung sesuai dengan Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk ; dan
 - b. batasan waktu tinggal di Daerah paling singkat 6 (enam) bulan dikecualikan :
 - 1) apabila yang bersangkutan pindah di Daerah karena pernikahan dengan suami/isteri penduduk Daerah yang mana suami/ isterinya tersebut sudah tinggal di Daerah lebih 6 (enam) bulan ; dan/atau
 - 2) atas dasar pertimbangan program dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

- (3) Penduduk Daerah peserta BPJS Mandiri yang karena suatu hal akan didaftarkan sebagai peserta BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah dan masih mempunyai tunggakan premi, maka tunggakan/hutang premi dimaksud menjadi tanggungjawab dan dibayar oleh Pemerintah Daerah.
- (4) Dalam hal penduduk sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang jaminan kesehatannya menjadi kewenangan dan tanggung jawab pihak lain, maka kepesertaan diutamakan bukan yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.
- (5) Peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan sebagaimana pada ayat (1) harus terdaftar sebagai peserta BPJS pada salah satu Puskesmas yang ada di Daerah.

Paragraf 2

Mekanisme Pendaftaran

Pasal 7

- (1) Daftar nama penduduk yang didaftarkan sebagai peserta Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan ditetapkan oleh Walikota.
- (2) Kepala Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak menyampaikan daftar nama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan ke BPJS untuk dilakukan migrasi.
- (3) Berdasarkan hasil migrasi data yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan, maka Pemerintah Daerah mendaftarkan penduduk tersebut sebagai peserta PBI jaminan kesehatan.
- (4) Pelaksanaan pendaftaran penduduk sebagai peserta PBI jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan sesuai mekanisme dan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait dengan tata cara pendaftaran peserta jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan.
- (5) Sebagai bukti bahwa penduduk sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (4) telah didaftarkan dalam kepesertaan jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah, maka BPJS Kesehatan memberikan kartu kepesertaan yang memuat nomor identitas tunggal atau bukti kepesertaan jaminan kesehatan lainnya yang disampaikan kepada peserta Jaminan Kesehatan melalui Pemerintah Daerah.

- (6) Pendistribusian kartu kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan oleh Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

Pasal 8

- (1) Perubahan data kepesertaan PBI program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah dapat dilakukan setiap bulan atau sesuai waktu yang disepakati antara Pemerintah Daerah dengan BPJS.
- (2) Perubahan data kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. penghapusan data penduduk yang dibiayai Pemerintah Daerah dalam program Jaminan Kesehatan, karena :
 - 1) tidak terpenuhinya lagi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) dan ayat (4);
 - 2) yang bersangkutan menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi;
 - 3) yang bersangkutan meninggal dunia; dan/atau
 - 4) yang bersangkutan pindah kependudukan ke luar wilayah Daerah.
 - b. Penambahan data penduduk yang dibiayai Pemerintah Daerah dalam program Jaminan Kesehatan

Paragraf 3

Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pasal 9

- (1) Pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat peserta PBI Jaminan Kesehatan yang didaftarkan pada BPJS Kesehatan yang dibiayai Pemerintah Daerah adalah :
 - a. Puskesmas milik Pemerintah Daerah sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat dasar ; dan/atau
 - b. RSUD atau Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

- (2) Prosedur pelaksanaan pelayanan kesehatan dan jenis pelayanan kesehatan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4
Pertanggungjawaban
Pasal 10

Pertanggungjawaban yang digunakan oleh Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana dalam rangka pembiayaan jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah ke BPJS meliputi :

- a. Keputusan Walikota tentang daftar penduduk yang didaftarkan sebagai peserta jaminan kesehatan.
- b. berita acara hasil migrasi data yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan;
- c. berita acara hasil rekonsiliasi yang dilakukan setiap bulan bersama BPJS Kesehatan terkait perubahan data kepesertaan ;
- d. surat tagihan pembayaran dari BPJS Kesehatan kepada Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana atau dokumen lain yang dipersamakan yang diterbitkan secara berkala sesuai kesepakatan yang memuat daftar nama kepesertaan yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai peserta jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan ; dan
- e. bukti transfer pembayaran iuran jaminan kesehatan ke BPJS Kesehatan sebagai tindak lanjut surat tagihan pembayaran sebagaimana dimaksud pada huruf d.

Bagian Ketiga
Pembiayaan Pelayanan Kesehatan
Dengan Kartu Madiun Sehat
Pasal 11

Penduduk Daerah yang belum terdaftar atau masih dalam proses pendaftaran sebagai peserta BPJS, maka pembiayaan pelayanan kesehatannya dapat dilakukan melalui belanja program dan kegiatan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dengan cara pembayaran klaim dengan KMS.

Paragraf 1
Kepesertaan
Pasal 12

- (1) Penduduk Daerah yang dapat memperoleh KMS dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. belum memiliki jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan ;
 - b. sedang dalam proses didaftarkan Pemerintah Daerah menjadi peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan; dan
 - c. terdaftar dalam Kartu Keluarga, dan telah bertempat tinggal di Daerah paling singkat 6 (enam) bulan, terhitung sesuai dengan Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk, dengan pengecualian :
 - 1) apabila yang bersangkutan pindah di Daerah karena pernikahan dengan suami/isteri penduduk Daerah yang mana suami/isterinya tersebut sudah tinggal di Daerah lebih 6 (enam) bulan ; dan/atau
 - 2) Atas dasar pertimbangan program dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.
 - d. Bayi dari Ibu Pemegang KMS
- (2) Penduduk Daerah yang telah memenuhi syarat akan diberikan KMS sebagai sebagai kartu Kepesertaan.

Paragraf 2
Tata Cara Mendapatkan Kartu Madiun Sehat
Pasal 13

Persyaratan untuk mendapatkan KMS adalah dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana dengan melampirkan :

- a. Foto copy Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk dengan menunjukkan Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga asli ; dan
- b. Surat pernyataan tidak memiliki jaminan kesehatan dengan bermaterai cukup.

Paragraf 3
Tidak Berlakunya Kartu Madiun Sehat
Pasal 14

KMS dinyatakan tidak berlaku apabila :

- a. Identitas KMS tidak sesuai dengan Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk yang berlaku ;
- b. KMS rusak tidak terbaca dengan jelas ;
- c. Penggunaan KMS tidak sesuai prosedur ;
- d. Pemilik KMS meninggal dunia ;
- e. Pemilik KMS memiliki jaminan kesehatan yang lain ; dan/atau
- f. Peserta naik tingkat/kelas perawatan.

Paragraf 4
Surat Pernyataan Miskin dan Surat Keabsahan Peserta
Pasal 15

- (1) SPM digunakan untuk mendapat pelayanan kesehatan di PPK Lanjutan berdasarkan rujukan atau kondisi gawat darurat.
- (2) SKP manual digunakan untuk mendapat pelayanan kegawatdaruratan persalinan di PPK II Lain.
- (3) Tata cara mendapatkan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana dengan melampirkan :
 - a. *fotocopy* KMS pasien ;
 - b. *fotocopy* Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk pasien ;
 - c. surat Permohonan diterbitkan SPM dari yang bersangkutan atau keluarga ;
 - d. materai Rp 6000,- ;
 - e. SPM lama asli (untuk perpanjangan SPM) ;
 - f. *fotocopy* surat rujukan PPK I, dan PPK II ;
 - g. *fotocopy* surat rujukan PPK I untuk rujukan kasus kejiwaan ;
 - h. *fotocopy* surat rujukan PPK I, PPK II, dan PPK Lanjutan untuk rujukan lanjutan ;
 - i. *fotocopy* surat pengantar Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan surat pengantar Instalasi Rawat Inap (IRNA) di PPK Lanjutan untuk kasus kegawatdaruratan ;

- j. *fotocopy* surat rujukan dari BPM, surat pengantar Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan surat pengantar Instalasi Rawat Inap (IRNA) untuk kasus kegawatdaruratan persalinan ;
 - k. keluarga atau orang lain diperbolehkan mengurus SPM dengan menyertakan *fotocopy* salah satu identitas diri (KTP/KK/SIM).
- (4) Tata cara mendapatkan SKP Manual sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sebagai berikut :
- a. *fotocopy* KMS pasien ;
 - b. *fotocopy* Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk pasien ;
 - c. surat permohonan diterbitkan SKP Manual dari PPK II Lain.

Paragraf 5

Pelayanan Kesehatan

Pasal 16

Pemberi pelayanan bagi pemilik Kartu Madiun Sehat terdiri dari :

- a. PPK I yaitu Puskesmas dan jaringannya ;
- b. PPK II yaitu RSUD ;
- c. PPK II Lain yaitu rumah sakit lain yang ditunjuk berdasarkan perjanjian kerja sama untuk memberikan pelayanan kegawatdaruratan persalinan ;
- d. PPK Lanjutan yaitu Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur, UPTD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dan rumah sakit lain di luar Daerah yang memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan perjanjian kerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana ;
- e. BPM yang memberikan pelayanan secara mandiri pada peserta Kartu Madiun Sehat berdasarkan perjanjian kerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.

Paragraf 6

Prosedur Pelayanan

Pasal 17

- (1) Prosedur pelayanan kesehatan pada PPK I adalah sebagai berikut :
- a. menunjukkan KMS dan Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk ;

- b. mendaftarkan di loket pendaftaran untuk memperoleh status perawatan pasien ;
 - c. peserta mendapat pelayanan kesehatan ; dan
 - d. peserta dirujuk apabila PPK I tidak mampu menangani.
- (2) Prosedur pelayanan kesehatan pada PPK II adalah sebagai berikut :
- a. mendaftarkan di loket pendaftaran rumah sakit ;
 - b. menyerahkan *fotocopy* surat rujukan dari PPK I dan menunjukkan aslinya ;
 - c. menyerahkan *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk;
 - d. mendaftarkan di loket pendaftaran Kartu Madiun Sehat untuk mendapat SKP ; dan
 - e. peserta mendapat pelayanan kesehatan.
- (3) Prosedur pelayanan kesehatan pada PPK II Lain adalah sebagai berikut :
- a. mendaftarkan di loket pendaftaran rumah sakit ;
 - b. menyerahkan *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk ;
 - c. menyerahkan *fotocopy* SKP manual yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana ; dan
 - d. peserta mendapat pelayanan kesehatan.
- (4) Prosedur pelayanan kesehatan gawat darurat adalah sebagai berikut :
- a. langsung melalui UGD/IGD dan menunjukkan KMS ;
 - b. peserta mendapat pelayanan kesehatan;
 - c. mendaftarkan di loket pendaftaran rumah sakit ; dan
 - d. menyerahkan *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk.
- (5) Prosedur pelayanan kesehatan pada PPK Lanjutan adalah sebagai berikut:
- a. menyerahkan *fotocopy* dan menunjukkan KMS asli ;
 - b. menyerahkan *fotocopy* SPM dan menunjukkan yang asli ;
 - c. menyerahkan *fotocopy* surat rujukan dari PPK I, BPM, PPK II, PPK II Lain dan/atau PPK Lanjutan dan menunjukkan aslinya ; dan
 - d. peserta mendapat pelayanan.

- (6) Prosedur pelayanan kesehatan pada BPM sebagai berikut :
 - a. menyerahkan *fotocopy* dan menunjukkan KMS asli ;
 - b. menyerahkan *fotocopy* Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk ;
 - c. membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak ; dan
 - d. peserta mendapat pelayanan kesehatan.
- (7) Persyaratan prosedur dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), ayat (5) dan ayat (6) harus dilengkapi paling lama 2 (dua) hari kerja.

Paragraf 7

Jenis Pelayanan Kesehatan

Pasal 18

- (1) Jenis pelayanan kesehatan pada PPK I meliputi :
 - a. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan ;
 - b. laboratorium sederhana ;
 - c. tindakan medis kecil ;
 - d. pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita ;
 - e. pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan gigi ;
 - f. pelayanan Keluarga Berencana dan penanganan efek samping ;
 - g. akomodasi rawat inap ;
 - h. pemberian obat ;
 - i. pelayanan persalinan ;
 - j. pelayanan ambulans ;
 - k. pelayanan ambulans jenazah ;
 - l. ANC dan PNC ; dan/atau
 - m. pelayanan imunisasi.
- (2) Jenis pelayanan kesehatan pada PPK II yaitu :
 - a. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis atau dokter umum ;
 - b. rehabilitasi medik ;
 - c. pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai indikasi medis yaitu laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik ;

- d. tindakan medis ;
 - e. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut ;
 - f. pelayanan Keluarga Berencana (kontrasepsi mantap efektif, kontrasepsi mantap pasca persalinan) ;
 - g. pelayanan persalinan ;
 - h. pelayanan ambulans ;
 - i. pelayanan ambulans jenazah ;
 - j. pemberian obat ;
 - k. pelayanan hemodialisa (dengan surat *travelling* dari RSUP Dr. Soedono Madiun) ; dan/atau
 - l. pelayanan imunisasi.
- (3) Jenis pelayanan kesehatan pada PPK II Lain meliputi :
- a. pelayanan persalinan ;
 - b. tindakan medis ;
 - c. pelayanan ambulans ;
 - d. pelayanan ambulans jenazah ; dan/atau
 - e. pemberian obat ;
- (4) Jenis pelayanan kesehatan pada PPK II Lanjutan meliputi :
- a. konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis atau dokter umum ;
 - b. rehabilitasi medik ;
 - c. pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai indikasi medis yaitu Laboratorium Klinik, Radiologi dan Elektromedik ;
 - d. tindakan medis ;
 - e. pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut ;
 - f. pelayanan persalinan ;
 - g. pelayanan ambulans jenazah ;
 - h. pemberian obat ; dan/ atau
 - i. pelayanan hemodialisa.

Paragraf 8

Pelayanan Yang Termasuk Dalam INA-CBGs

Pasal 19

- (1) Pelayanan yang termasuk satu kesatuan dengan pelayanan dalam INA-CBGs yaitu :
- a. akomodasi ;

- b. jasa pelayanan ; dan
 - c. penunjang medis.
- (2) Dalam melaksanakan pelayanan INA-CBGs wajib melaksanakan diagnosa sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM.
 - (3) Kasus kompleks dengan *Severity Level* 3 (tiga) (INA CBGs) harus mendapatkan pengesahan dari Komite Medik, atau Direktur Rumah Sakit.
 - (4) Pasien yang masuk rawat inap sebagai kelanjutan dari proses rawat jalan atau gawat darurat hanya di klaim menggunakan 1 (satu) kode *INA CBGs* dari jenis pelayanan rawat inap.
 - (5) Pasien datang dengan lebih 1 (satu) diagnosis pada hari yang sama hanya dapat di klaim dengan 1 (satu) kode tarif *INA CBGs*.
 - (6) Pelayanan obat mengacu pada Formularium Nasional Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan obat generik.

Paragraf 9

Pelayanan Yang Dapat Diklaim Tersendiri

Pasal 20

- (1) Pelayanan yang dapat diklaim tersendiri diluar paket *INA CBG's* berupa :
 - a. kaca mata ;
 - b. pelayanan ambulans ;
 - c. pelayanan ambulans jenazah ;
 - d. pelayanan persalinan di PPK I dan BPM ;
 - e. pelayanan ANC dan PNC ;
 - f. pelayanan obat kronis ; dan/atau
 - g. pelayanan akibat kecelakaan lalu lintas.
- (2) Pelayanan ambulans dan pelayanan ambulans jenazah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf c dapat diberikan kepada penduduk Daerah bukan peserta KMS, siswa siswi yang bersekolah di Daerah , penghuni panti sosial, gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap.

- (3) Rincian pelayanan yang dapat diklaim tersendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini.

Pasal 21

- (1) Pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) huruf d terdiri dari persalinan pervaginam normal dan persalinan pervaginam dengan tindakan.
- (2) Pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan di PPK I, BPM, PPK II, PPK II Lain dan PPK Lanjutan.
- (3) Pertolongan persalinan pervaginam normal, ANC dan PNC dapat dilakukan oleh BPM yang sudah memiliki perjanjian kerja sama dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.
- (4) Pelayanan kegawatdaruratan persalinan dapat dilakukan di PPK II Lain yang sudah memiliki perjanjian kerja sama dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.

Pasal 22

- (1) Jenis dan macam penyakit kronis yang mendapatkan pelayanan di PPK II disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit tipe C.
- (2) Pemberian obat kronis sebagaimana dimaksud Pasal 12 ayat (1) huruf f di PPK II dapat diberikan maksimum untuk 1 (satu) bulan sesuai indikasi medis.
- (3) Pemberian obat kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan minimal 7 (tujuh) hari sebagai bagian dari Paket *INA CBG's* dan hari berikutnya diklaim tersendiri ke pengelola Program KMS.
- (4) Pemberian obat kronis dapat diberikan untuk penyakit *diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru obstruktif kronis, epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronis, sirosis hepatis, stroke, dan sindroma lupus eritromatosus.*

Pasal 23

- (1) Harga obat kronis klaim tersendiri mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan dengan prioritas sebagai berikut :
 - a. E-Katalog ; dan/ atau
 - b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/MENKES/137/2016 dan diubah lagi dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/MENKES/636/2016
- (2) Harga obat kronis klaim tersendiri terdiri dari harga obat kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditambah biaya pelayanan kefarmasian dan *emballage*.
- (3) Biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah faktor pelayanan kefarmasian dikalikan harga obat kronis.
- (4) Besarnya faktor pelayanan kefarmasian dan *emballage* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini.

Paragraf 10

Pelayanan Yang Dibatasi

Pasal 24

- (1) Kacamata diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan indikasi medis untuk anak usia sekolah dengan nilai maksimal Rp 150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan resep dokter PPK II.
- (2) Kacamata sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan paling banyak 1 (satu) kali dalam 2 (dua) tahun.

Paragraf 11
Pelayanan Yang Tidak Dijamin
Pasal 25

Pelayanan yang tidak dijamin dengan KMS terdiri dari :

- a. pelayanan yang tidak sesuai prosedur atau ketentuan ;
- b. pemeriksaan, bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika ;
- c. *General check up* ;
- d. alat bantu dengar ;
- e. alat bantu gerak ;
- f. gigi tiruan (*prothesis*) ;
- g. pengobatan alternatif ;
- h. rangkaian pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan ;
- i. pelayanan yang diberikan sebagai kegiatan bakti sosial ;
- j. tindakan medis yang bukan karena indikasi medis ;
- k. pelayanan naik tingkat di semua kelas ; dan/atau
- l. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi.

Paragraf 12
Ketentuan Lain Dalam Pelayanan
Pasal 26

- (1) Pemberian pelayanan harus memaksimalkan fasilitas yang ada di PPK I dan PPK II.
- (2) Dalam memberikan rujukan, PPK I dan BPM harus mengutamakan RSUD.
- (3) SPM digunakan atas indikasi medis dan atas keterbatasan tenaga, sarana dan prasarana dari PPK II dengan persetujuan Walikota yang didelegasikan kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.
- (4) PPK I, BPM, PPK II, PPK II Lain, dan/atau PPK Lanjutan dilarang menarik biaya dari peserta untuk pelayanan sesuai standar Program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah Kota Madiun.
- (5) Dalam hal kondisi gawat darurat, pelayanan kesehatan dapat mengesampingkan prosedur dan administrasi harus diselesaikan dalam 2 x 24 jam hari kerja.

Bagian Keempat
Pembiayaan Pelayanan Kesehatan
Pada Gelandangan dan Orang Terlantar yang Tidak
Mempunyai Tempat Tinggal Tetap
Pasal 27

- (1) Orang yang tergolong sebagai gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap dan/atau orang yang tidak memiliki kartu tanda penduduk yang dalam kondisi sakit dan memerlukan pelayanan kesehatan pembiayaannya menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah.
- (2) Pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan dengan ketentuan ada surat keterangan atas orang tersebut sebagai gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap yang dikeluarkan oleh Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak.
- (3) Pemberi pelayanan kesehatan bagi gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap terdiri dari :
 - a. PPK I yaitu Puskesmas dan jaringannya ; dan/atau
 - b. PPK II yaitu RSUD.
- (4) Untuk pembiayaan PPK II Lanjutan bukan menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah.

BAB V
RUJUKAN
Pasal 28

- (1) Rujukan diberikan atas indikasi medis yang tidak dapat dilakukan di PPK I, BPM, PPK II, PPK II Lain dan/atau PPK Lanjutan, karena keterbatasan tenaga, sarana dan prasarana.
- (2) Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
- (3) PPK II memberikan jawaban rujukan dan rujuk balik ke PPK I.
- (4) PPK II dan PPK Lanjutan dapat memberikan jawaban rujukan dan rujuk balik ke PPK I.

- (5) Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 1 (satu) bulan.

BAB VI
SUMBER DAN PENGGUNAAN DANA

Bagian Kesatu

Sumber Dana

Pasal 29

Dana untuk pembiayaan program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Bagian Kedua

Penggunaan Dana

Pasal 30

- (1) Dana program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah digunakan untuk :
- a. pelayanan kesehatan langsung ; dan
 - b. pelayanan kesehatan tidak langsung.
- (2) Biaya pelayanan kesehatan langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, yaitu belanja jasa jaminan pelayanan kesehatan masyarakat yang digunakan untuk :
- a. pembiayaan jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah pada BPJS Kesehatan ;
 - b. pembayaran klaim untuk pelayanan kesehatan dengan KMS ; dan/atau
 - c. pembayaran klaim untuk pelayanan kesehatan yang diberikan pada gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap.
- (3) Biaya pelayanan kesehatan dengan klaim sebagaimana pada ayat (2) huruf b dapat digunakan untuk :
- a. pelayanan kesehatan di PPK I yang besarnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b. biaya rawat inap di PPK I, yang biaya pelayanan persalinan di PPK I dan BPM sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan ;

- c. pelayanan kesehatan di PPK II dan PPK II Lain menggunakan sistem pembayaran INA-CBG's sesuai tipe rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan ;
 - d. pelayanan kesehatan di PPK Lanjutan dengan Surat Pernyataan Miskin menggunakan sistem pembayaran INA-CBG's sesuai tipe rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan ;
 - e. pelayanan ambulans dan ambulans jenazah ;
 - f. pelayanan ANC dan PNC oleh BPM ;
 - g. pelayanan obat penyakit kronis ; dan/atau
 - h. *Sharing* Pembayaran pelayanan kesehatan akibat kecelakaan lalu lintas apabila total biaya melebihi biaya maksimal klaim dari PT. Jasa Raharja (Persero).
- (4) Biaya pelayanan kesehatan dengan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dapat digunakan pada PPK I dan/atau PPK II.
- (5) Biaya pelayanan kesehatan tidak langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, yaitu seluruh biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah antara lain terdiri dari :
- a. biaya rapat Tim Koordinasi dan Tim Pengelola dalam rangka perencanaan, penanganan masalah dalam pelaksanaan dan evaluasi ;
 - b. biaya alat tulis kantor ;
 - c. biaya cetak dan penggandaan ;
 - d. biaya cetak KMS ;
 - e. biaya penanaman dan pemeliharaan *software* program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah ;
 - f. biaya pemeliharaan sarana dan prasarana program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah ;
 - g. biaya perjalanan dinas dalam dan luar kota dalam rangka koordinasi, konsultasi, monitoring dan evaluasi dan verifikasi program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah ; dan/atau

- h. honorarium Tim Koordinasi, Tim Pengelola, dan Verifikator program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah.

BAB VII
PENGELOLAAN DANA
Bagian Kesatu
Persyaratan Klaim atau Pembayaran
Pasal 31

Persyaratan Pembayaran premi peserta jaminan kesehatan PBI yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah terdiri dari :

- a. surat tagihan dari BPJS atau dokumen lain yang dipersamakan yang diterbitkan secara berkala sesuai kesepakatan ;
- b. Berita Acara Hasil Rekonsiliasi antara Pemerintah Daerah dengan BPJS, dilampiri daftar nama kepesertaan yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai peserta jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan ; dan
- c. *fotocopy* rekening koran.

Pasal 32

- (1) Persyaratan pengajuan klaim KMS untuk PPK I terdiri dari :
 - a. lembar verifikasi ;
 - b. kwitansi ;
 - c. lembar rekapitulasi ;
 - d. daftar tagihan klaim ;
 - e. surat perintah rawat inap dari dokter (khusus PPK I rawat inap) ;
 - f. bukti perawatan yang ditandatangani peserta atau keluarga (khusus PPK I rawat inap) ; dan
 - g. *fotocopy* rekening koran.
- (2) Persyaratan pengajuan klaim KMS untuk PPK II dalam bentuk *softcopy* berupa file *txt* dan *hardcopy* dilengkapi dengan surat pengantar dan *fotocopy* rekening koran, terdiri dari :
 - a. lembar SKP ;
 - b. *fotocopy* KMS ;
 - c. *fotocopy* Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk ;

- d. *fotocopy* surat rujukan PPK I ;
- e. untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan ;
- f. surat perintah rawat inap ;
- g. *fotocopy resume* medis (untuk rawat inap) yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan ;
- h. laporan operasi ;
- i. *Protocol* terapi dan *regimen* (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus ;
- j. perincian tagihan manual Rumah Sakit ; dan
- k. berkas pendukung lain yang diperlukan.

Pasal 33

- (1) Persyaratan pengajuan klaim atas pelayanan kesehatan pada gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap untuk PPK I terdiri dari :
 - a. surat keterangan dari Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak ;
 - b. lembar verifikasi ;
 - c. kwitansi ;
 - d. lembar rekapitulasi ;
 - e. daftar tagihan klaim ;
 - f. surat perintah rawat inap dari dokter (khusus PPK I rawat inap) ;
 - g. bukti perawatan yang ditandatangani peserta atau keluarga (khusus PPK I rawat inap) ; dan
 - h. *fotocopy* rekening koran.
- (2) Persyaratan pengajuan klaim atas pelayanan kesehatan pada gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap untuk PPK II dalam bentuk *softcopy* berupa file *txt* dan *hardcopy* dilengkapi dengan surat pengantar dan *fotocopy* rekening koran terdiri dari :
 - a. lembar SKP ;
 - b. *fotocopy* surat keterangan dari Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak ;

- c. *fotocopy* surat rujukan PPK I ;
- d. untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan ;
- e. surat perintah rawat inap ;
- f. *fotocopy resume* medis (untuk rawat inap) yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan ;
- g. laporan operasi ;
- h. *Protocol* terapi dan *regimen* (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus ;
- i. perincian tagihan manual Rumah Sakit ; dan
- j. berkas pendukung lain yang diperlukan.

Pasal 34

- (1) Persyaratan klaim tersendiri biaya ambulans dan ambulans jenazah peserta KMS terdiri dari :
 - a. kwitansi ;
 - b. daftar rekapitulasi klaim ;
 - c. *fotocopy* KMS dan *fotocopy* Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk ;
 - d. *fotocopy* KMS dan SKP (untuk klaim dari PPK II) ;
 - e. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTM) daftar pengeluaran riil ;
 - f. surat perintah tugas dari atasan ;
 - g. surat Perintah Perjalanan Dinas dan lampiran SPPD ; dan
 - h. laporan perjalanan dinas (untuk PPK I).
- (2) Persyaratan klaim tersendiri biaya ambulans dan ambulans jenazah untuk penduduk Daerah bukan peserta KMS, siswa siswi yang bersekolah di Daerah, penghuni panti sosial, gelandangan dan orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal terdiri dari sebagai berikut :
 - a. kwitansi ;
 - b. daftar rekapitulasi klaim ;
 - c. *fotocopy* Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk atau *fotocopy* Kartu Pelajar atau surat keterangan dari instansi yang terkait (untuk klaim dari PPK I) ;

- d. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTM) daftar pengeluaran riil ;
- e. surat perintah tugas dari atasan ;
- f. Surat Perintah Perjalanan Dinas (SPPD) dan Lampiran SPPD ; dan
- g. laporan perjalanan dinas (untuk PPK I).

Pasal 35

Persyaratan klaim tersendiri obat penyakit kronis terdiri dari :

- a. surat pengantar dari rumah sakit ;
- b. *soft copy* dan *hard copy* pengajuan klaim ;
- c. *fotocopy* KMS ;
- d. copy resep ; dan
- e. lembar kuning SKP.

Pasal 36

Persyaratan klaim tersendiri kacamata terdiri dari :

- a. *fotocopy* KMS ;
- b. *fotocopy* dan lembar SKP terakhir ;
- c. *fotocopy* Kartu Pelajar atau surat keterangan dari sekolah ;
- d. *fotocopy* dan surat rujukan asli Puskesmas ke RSUD ;
- e. *fotocopy* dan surat rujukan asli RSUD ke optik ;
- f. *fotocopy* lembar diagnosa dari optik ; dan
- g. *fotocopy* dan kwitansi asli pembelian.

Pasal 37

Persyaratan klaim tersendiri persalinan di PPK I dan BPM terdiri dari :

- a. *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk ;
- b. *fotocopy* catatan kesehatan ibu bersalin dan bayi baru lahir, dan keterangan kelahiran pada buku kesehatan ibu dan anak ;
- c. *fotocopy* form penapisan ibu bersalin ;
- d. *fotocopy* lembar *observasi* ;

- e. *fotokopy* catatan perkembangan persalinan ;
- f. *fotocopy* Partograf ;
- g. *fotocopy* rekening koran ;
- h. kwitansi ;
- i. rekapitulasi lembar klaim/pertanggungjawaban dana pelayanan persalinan program KMS ; dan
- j. rekapitulasi laporan kepesertaan dan pemanfaatan pelayanan persalinan program KMS.

Pasal 38

Persyaratan klaim tersendiri ANC terdiri dari :

- a. *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga, dan Kartu Tanda Penduduk ;
- b. *fotocopy* catatan kesehatan ibu hamil pada buku kesehatan ibu dan anak ;
- c. *fotocopy* kartu ibu ;
- d. *fotocopy* Kohort ANC ;
- e. *fotocopy* rekening BPM ;
- f. kwitansi ;
- g. rekapitulasi lembar klaim/pertanggungjawaban dana pelayanan persalinan program KMS ; dan
- h. rekapitulasi laporan kepesertaan dan pemanfaatan pelayanan persalinan program KMS.

Pasal 39

Persyaratan klaim tersendiri PNC terdiri dari :

- a. *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk ;
- b. *fotocopy* catatan perkembangan ibu nifas dan catatan kesehatan anak pemeriksaan neonatus pada buku kesehatan ibu dan anak ;
- c. *fotocopy* Kohort PNC ;
- d. kwitansi ; dan
- e. *fotocopy* rekening BPM.

Pasal 40

Persyaratan klaim tersendiri sharing pembiayaan pada pelayanan kesehatan akibat kecelakaan lalu lintas terdiri dari :

- a. *fotocopy* KMS, Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Penduduk ;
- b. *fotocopy* rincian dan jumlah tagihan setelah dikurangi PT. Jasa Raharja (Persero) ;
- c. surat keterangan jaminan dari PT. Jasa Raharja (Persero);
- d. kwitansi ; dan
- e. *fotocopy* rekening koran.

Bagian Kedua

Pembayaran

Pasal 41

- (1) Berkas tagihan premi peserta BPJS Kesehatan untuk masyarakat yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah diajukan sesuai hasil kesepakatan yang tertuang pada perjanjian kerjasama.
- (2) Berkas klaim untuk pelayanan KMS dan gelandangan, orang terlantar yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap diajukan setiap bulan paling lambat tanggal 5 (lima) pada bulan berikutnya oleh PPK I, PPK II ke Tim Pengelola program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah.
- (3) Berkas klaim diverifikasi oleh verifikator independen untuk mendapatkan persetujuan pembayaran, yang selanjutnya diterbitkan :
 - a. bukti transfer atau setoran ke rekening BPJS, khusus untuk pembayaran sebagaimana tagihan sesuai sebagaimana dimaksud pada ayat (1);
 - b. kwitansi dinas ;
 - c. berita acara pelaporan ;
 - d. rekapitulasi total klaim ;
 - e. rekapitulasi klaim rawat jalan ;

- f. rekapitulasi klaim rawat inap ;
 - g. daftar nama pasien tidak layak bayar ; dan
 - h. pengesahan Komite Medik untuk pasien SL 3 (tiga) (*Severity Level 3*).
- (4) Persyaratan pencairan dana program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah ke Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah terdiri dari :
- a. kwitansi dinas ;
 - b. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja ;
 - c. Surat Perintah Pembayaran dan Surat Perintah Membayar ;
 - d. rekap klaim ; dan
 - e. *fotocopy* rekening koran.
- (5) Pembayaran melalui rekening PPK yang telah tercatat di Tim Pengelola program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah.
- (6) Pembayaran dilakukan maksimal 15 hari setelah klaim dinyatakan lengkap dan benar.

Bagian Ketiga
Pertanggungjawaban
Pasal 42

Pertanggungjawaban pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah dilakukan sesuai mekanisme sebagai berikut :

- a. Laporan bulanan, semester dan tahunan ; dan
- b. Laporan semester dan tahunan dilaporkan oleh Tim Pengelola kepada Walikota dengan tembusan Tim Koordinasi.

Pasal 43

Pencatatan dan pelaporan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah terdiri dari :

- a. aspek kepesertaan ;

- b. aspek pelayanan ;
- c. aspek pembiayaan ; dan
- d. keluhan.

BAB VIII
PENGAWASAN
Pasal 44

- (1) Pengawasan terhadap pelaksanaan Program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah dilakukan secara berkala atau sewaktu-waktu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Masyarakat dapat berpartisipasi membantu melakukan pengawasan melalui Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.
- (3) Pengawasan Program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah dilakukan secara berkesinambungan terkait hal-hal sebagai berikut :
 - a. kepesertaan program KMS ;
 - b. pelayanan program KMS ;
 - c. keuangan program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah ;
 - d. ketertiban administrasi dan manajemen pengelolaan program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah.

BAB IX
PERALIHAN
Pasal 45

Dengan ditetapkannya Peraturan Walikota ini, maka klaim pelayanan kesehatan peserta Program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah Tahun Anggaran sebelumnya dapat dibayar melalui Program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dibiayai Pemerintah Daerah paling lama 3 (tiga) bulan terakhir.