



BUPATI BANYUWANGI
SALINAN
PERATURAN BUPATI BANYUWANGI
NOMOR 27 TAHUN 2014
TENTANG
PERUBAHAN KETIGA ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 38 TAHUN 2012
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH DAN
PELAYANAN KESEHATAN MELALUI MEKANISME SURAT PERNYATAAN MISKIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI BANYUWANGI,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Nomor: 188/4987/101.5/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Propinsi Jawa Timur Tahun 2014 dan telah diterbitkannya beberapa peraturan mengenai Jaminan Kesehatan Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Bupati Nomor 38 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah dan Pelayanan Kesehatan Melalui Mekanisme Surat Pernyataan Miskin.
- Mengingat : 1. 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 dua kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4849);
2. 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);
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Tahun 2011 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234);
7. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5256);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
9. 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);
10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah kedua kali dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159B/Menkes/PER/II/1988 tentang Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 27 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2014;
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 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/Menkes/SK/II/2004 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2012, tentang Sistem Kesehatan Nasional;
19. Keputusan Menteri Sosial RI Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu;

20. Keputusan Menteri Sosial RI Nomor 147/HUK/2013 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
21. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 8 Tahun 2011 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;
22. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah di Jawa Timur;
23. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah di Jawa Timur, sebagaimana telah diubah dua kali, terakhir dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 62 Tahun 2012;
24. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 38 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2014;
25. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 33 tahun 2013 tentang Mekanisme Pengajuan Klaim Bagi Masyarakat Miskin Pemegang Kartu Jamkesda;
26. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 22 Tahun 2014 tentang Mekanisme Pengajuan Klaim Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Peserta Jamkesda;
27. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 28 Tahun 2014 tentang Mekanisme Pembayaran Premi bagi Masyarakat Miskin Penerima Bantuan Iuran Daerah kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
28. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/23/KPTS/013/2007 tentang Sistem Kesehatan Provinsi;
29. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/170/KPTS/013/2013 tentang Perubahan atas Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/813/KPTS/013/2012 tentang Perpanjangan Jabatan Dewan Wali Amanah Provinsi Jawa Timur;
30. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 7 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah kedua kali dengan Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2012;
31. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 6 Tahun 2011 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Banyuwangi;
32. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 54 Tahun 2011 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
33. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 72 Tahun 2011 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
34. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 13 Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas sebagaimana diubah dengan Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 12 Tahun 2013;

35. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 38 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah dan Pelayanan Kesehatan melalui Mekanisme Surat Pernyataan Miskin sebagaimana telah diubah dua kali terakhir dengan Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 44 Tahun 2013;
36. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 28 Tahun 2013 tentang Indikator Keluarga Miskin di Kabupaten Banyuwangi.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN KETIGA ATAS PERATURAN BUPATI BANYUWANGI NOMOR 38 TAHUN 2012 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH DAN PELAYANAN KESEHATAN MELALUI MEKANISME SURAT PERNYATAAN MISKIN.

Pasal I

Beberapa ketentuan dan lampiran dalam Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 38 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Dan Pelayanan Kesehatan Melalui Mekanisme Surat Pernyataan Miskin dirubah sebagai berikut:

- A. Ketentuan dalam Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 38 Tahun 2012 dirubah pada:
 1. Pasal 1 nomor urut 4 dan nomor urut 15 dirubah, sehingga nomor urut 4 dan nomor urut 15 berbunyi sebagai berikut:
 4. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah suatu program bebas biaya pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan pelayanan kesehatan lanjutan di Rumah Sakit Umum Daerah maupun Rumah Sakit yang ditunjuk Pemerintah Provinsi Jawa Timur bagi masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
 15. Surat Pernyataan Miskin yang selanjutnya disingkat SPM adalah surat pernyataan yang diberikan kepada masyarakat diluar kepesertaan JKN dan Jamkesda yang memenuhi kriteria miskin sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 2. Pasal 2 dirubah, sehingga Pasal 2 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 2

- (1) Maksud penyelenggaraan program Jamkesda adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta PBI program JKN agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif, efisien dan akuntabel;
- (2) Maksud diterbitkannya SPM adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta PBI program JKN dan Jamkesda sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien, sesuai hasil verifikasi penghitungan indikator yang telah ditetapkan.

3. Pasal 4 dirubah, sehingga Pasal 4 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 4

(1) Sasaran Program Jamkesda adalah:

- a. Masyarakat miskin yang memiliki kartu Jamkesda dan belum terdaftar sebagai peserta PBI program JKN;
- b. Anak pemegang kartu Jamkesda adalah anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah pemegang kartu Jamkesda dengan kriteria:
 1. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
 2. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal;
 3. Tercantum dalam KK pemegang kartu Jamkesda;
 4. Bayi yang belum masuk KK dilengkapi dengan Surat Keterangan Lahir.
- c. Penderita kusta dan mantan penderita kusta yang tidak memiliki kartu PBI program JKN atau Jamkesda yang mendapatkan rekomendasi Kepala UPT RS Kusta milik Provinsi serta memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) dari Kabupaten Banyuwangi;
- d. Seniman yang ditetapkan oleh Dewan Kesenian Jawa Timur (Seniman yang memiliki kartu Jamkesda dan peserta tambahan yang belum memiliki kartu Jamkesda) tidak termasuk keluarganya, dijamin oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur;
- e. Penghuni Panti (milik Provinsi Jawa Timur) yang kepesertaannya ditetapkan dengan Surat Rekomendasi Kepala UPT Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur;
- f. Gelandangan dan orang terlantar yang kepesertaannya ditetapkan dengan surat keterangan dari Dinas Sosial Kabupaten Banyuwangi;
- g. Penderita Jiwa yang dipasung yang tidak memiliki kartu PBI atau Jamkesda, telah dibebaskan dari pasung berdasarkan surat Rekomendasi dari Kepala Puskesmas dan diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
- h. Penghuni Lapas/Rutan yang kepesertaannya ditetapkan dengan surat Rekomendasi dari Kepala Lembaga Pemasyarakatan Kabupaten Banyuwangi serta mendapatkan pelayanan kesehatan di RS Provinsi dan UPT Dinkes Provinsi Jawa Timur;
- i. Penderita Hemofilia, Thalassemia, Kelainan Kongenital dan Gagal Ginjal yang bukan peserta PBI, Jamkesda, SPM, tidak mampu membayar premi peserta mandiri JKN, kepesertaannya ditetapkan dengan surat Rekomendasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

(2) Sasaran pelayanan kesehatan melalui mekanisme SPM adalah masyarakat miskin bukan peserta Jamkesda dan belum terdaftar sebagai peserta PBI Program JKN yang memiliki SPM.

4. Pasal 7 dirubah, sehingga Pasal 7 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 7

(1) Pelayanan kesehatan diklasifikasikan dalam bentuk pelayanan kesehatan Tingkat I, Tingkat II dan Tingkat III;

- (2) Pelayanan kesehatan rawat jalan Tingkat I sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan di seluruh Puskesmas dan jaringannya dan dijamin melalui Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Banyuwangi (JPKMB);
 - (3) Pelayanan kesehatan rawat inap Tingkat I sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di Puskesmas rawat inap;
 - (4) Pelayanan kesehatan Tingkat II sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di pelayanan kesehatan spesialisik, kelas III RSUD Genteng dan RSUD Blambangan Banyuwangi dan PPK Jamkesda Provinsi;
 - (5) Pelayanan kesehatan Tingkat III sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pelayanan kesehatan spesialisik dan sub spesialisik dilaksanakan pada RS dr. Soetomo Surabaya dan RS Saiful Anwar Malang.
5. Pasal 10 dirubah, sehingga Pasal 10 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 10

- (1) Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di RSUD diatur sebagai berikut:
 - a. pelayanan dan persediaan obat di Puskesmas dan jaringannya mengacu pada Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) dan Formularium Nasional (Fornas);
 - b. instalasi farmasi/apotik RSUD bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai dengan mengacu Formularium Nasional Program JKN;
 - c. apabila dalam rangka *life saving* atau penyelamatan jiwa dibutuhkan obat di luar Formularium Nasional Program JKN, RSUD dapat memenuhi obat tersebut setelah disetujui Komite Medik;
 - d. pemberian obat untuk pasien rawat jalan tingkat pertama dan tingkat lanjutan diberikan untuk 3 (tiga) hari pengobatan kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis paling lama 1 (satu) bulan;
 - e. pemberian obat untuk pasien rawat inap menerapkan prinsip pemberian obat dalam waktu sehari/*one day dose dispensing* (ODDD) dan jika diperlukan pada saat pasien pulang dapat diberikan obat selama 3 (tiga) hari.
- (2) Pelayanan Kesehatan rawat jalan dan rawat inap di tingkat lanjutan dilaksanakan pada RSUD, UPT Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit Provinsi mencakup tindakan medik, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya yang dilakukan secara terpadu.
- (3) Untuk pemeriksaan atau pelayanan kesehatan menggunakan alat canggih (CT-Scan, MRI, USG dan lain lain) dokter yang menangani harus mencantumkan namanya dengan jelas, kejelasan indikasi dan menandatangani lembar pemeriksaan/ pelayanan yang disetujui oleh komite medik atau dokter supervisor.
- (4) Prosedur pelayanan, tarif, formularium obat, blanko-blanko dan aturan lainnya yang terkait program Jamkesda, mengacu pada ketentuan yang telah ditetapkan dalam Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Nomor: 188/4987/101.5/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Provinsi Jawa Timur Tahun 2014.

6. Pasal 11 dirubah, sehingga Pasal 11 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 11

- (1) Masyarakat miskin yang tidak masuk kepesertaan JKN dan Jamkesda yang membutuhkan pelayanan kesehatan dapat dilayani dengan menggunakan SPM;
- (2) Masyarakat miskin yang tidak masuk kepesertaan JKN dan Jamkesda yang membutuhkan pelayanan kesehatan lanjutan dapat dirujuk atas indikasi medis ke RSUD atau PKJM-KKO dengan surat rujukan dari Puskesmas setempat;
- (3) Masyarakat miskin diluar kepesertaan JKN dan Jamkesda yang membutuhkan SPM harus datang sendiri atau keluarga yang namanya tercantum dalam KK dengan membawa bukti Surat Kuasa bermaterai Rp. 6.000,- mengetahui Kepala Desa/Lurah, menyerahkan foto copy KTP dan KK sebanyak 5 lembar, menunjukkan KTP dan KK asli serta rujukan dari Puskesmas setempat untuk mendapatkan Surat Keterangan Miskin (SKM) dari Desa/Kelurahan;
- (4) Pemerintah Desa/Kelurahan wajib melaksanakan survey lapangan ke alamat pemohon dan mengisi format yang ditetapkan oleh SKPD yang membidangi berdasarkan indikator kemiskinan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta melampirkan foto kondisi pemohon;
- (5) Pemerintah desa wajib melakukan verifikasi kepesertaan JKN dan Jamkesda;
- (6) SKM berlaku selama 1 (satu) bulan dengan format a sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini;
- (7) SKM harus diverifikasi ulang kepesertaannya dalam JKN dan Jamkesda serta disetujui oleh Camat dengan membubuhkan tanda tangan;
- (8) SKM yang telah disetujui Camat diverifikasi ulang kepesertaannya dalam JKN dan Jamkesda oleh Dinas Kesehatan, sedangkan surat rujukan Puskesmas dilegalisasi oleh pejabat teknis fungsional atas nama Kepala Dinas Kesehatan;
- (9) Setelah dilegalisasi oleh Dinas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) Bagian Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Kabupaten Banyuwangi melakukan verifikasi ulang kepesertaannya dalam JKN dan Jamkesda sebagai dasar penerbitan SPM;
- (10) Apabila ada masyarakat miskin dalam satu KK belum masuk kepesertaan JKN dan membutuhkan pelayanan kesehatan, berhak mendapatkan SPM.

7. Pasal 14 dirubah, sehingga Pasal 14 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 14

- (1) Pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap bagi pemegang SPM di Kabupaten Banyuwangi hanya berlaku untuk perawatan diruang kelas III pada RSUD dan PKJM-KKO;
- (2) Rujukan pasien pemegang SPM dilakukan secara berjenjang dari Puskesmas ke RSUD atau PKJM-KKO;

- (3) Rujukan pasien pemegang SPM ke PPK Provinsi dapat dilakukan karena alasan indikasi medis, ketidakterediaan alat kesehatan dan tenaga ahli di RSUD atau PKJM-KKO, kecuali kasus gawat darurat dan kusta;
 - (4) Surat rujukan harus memuat data secara lengkap yang terdiri dari identitas pasien, nama RS dan poli yang dituju, diagnose, tanggal rujukan dan tanda tangan dokter yang merawat disertai stempel puskesmas/RS yang merujuk;
 - (5) Surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan selanjutnya selama masih dalam perawatan tidak dibutuhkan lagi surat rujukan. Dokter yang menangani memberi surat keterangan masih dalam perawatan;
 - (6) Biaya transportasi rujukan antar fasilitas kesehatan pasien Jamkesda dan SPM ke RS Kabupaten, RS Propinsi dan UPT Dinas Kesehatan Prov Jatim dapat ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Banyuwangi;
 - (7) Pelayanan transportasi pemulangan bagi pasien maskin untuk peserta Jamkesda dan PBI program JKN yang meninggal dunia, droping kasus jiwa dan pasien terlantar di RS Provinsi dan UPT Dinkes Provinsi Jawa Timur ditanggung oleh program Jamkesda.
8. Pasal 16 dirubah, sehingga Pasal 16 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16

- (1) Pelayanan kesehatan bagi peserta program Jamkesda dan pemegang SPM dilaksanakan secara komprehensif sesuai indikasi medis kecuali pelayanan kesehatan yang dibatasi dan tidak dijamin.
- (2) Pelayanan kesehatan secara komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi antara lain:
 - a. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya sesuai Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor Nomor 8 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan;
 2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 3. Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 5. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 6. Rehabilitasi medis;
 7. Pelayanan darah;
 8. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
 9. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
 10. Perawatan inap non intensif;
 11. Perawatan inap di ruang intensif.

- (3) Pelayanan kesehatan yang dibatasi (*Limitation*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. kacamata diberikan dengan indikasi medis minimal sferis 0,5D dan silindris 0.25D, dengan nilai maksimal Rp.150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan resep dokter;
 - b. alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien dan ketersediaan alat;
 - c. alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Komite Medik atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan bahwa alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi sosial pasien, pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien dan ketersediaan alat;
 - d. prothesa gigi yang berfungsi untuk mengembalikan fungsi pengunyahan diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis dan rekomendasi dari dokter gigi;
 - e. penetapan standar alat medis habis pakai tertentu (AMHP) mengacu pada standar yang ditetapkan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
 - f. selama belum ada penetapan standar sebagaimana dimaksud pada huruf e, dilakukan kerjasama antara RS dan distributor setempat untuk menjamin kepastian penyediaan dan harga AMHP yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien;
 - g. tarif harga AMHP mengacu pada ketentuan yang telah ditetapkan dalam Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Nomor: 188/4987/101.5/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Provinsi Jawa Timur Tahun 2014
 - h. pelayanan penunjang diagnostik canggih diberikan hanya pada kasus-kasus *life saving* dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh komite medik.
- (4) Pelayanan yang tidak dijamin (*Exclusion*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
 - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan Program Jamkesda, kecuali dalam keadaan darurat;
 - c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
 - d. Pelayanan kesehatan yang terkait dengan kecelakaan lalu lintas yang telah dijamin oleh pihak lain;
 - e. Pelayanan kesehatan dilakukan di luar wilayah Provinsi Jawa Timur;
 - f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;

- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 - h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
 - i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 - j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 - k. Pengobatan komplementer, alternative dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
 - l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
 - m. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu;
 - n. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
 - o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
 - p. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (preventable advers events);
 - q. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial, baik dalam gedung maupun luar gedung;
 - r. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.
9. Pasal 19 dirubah, sehingga Pasal 19 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 19

- (1) Pendanaan program Jamkesda bersumber dari dana sharing antara Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi serta kategori tertentu 100% Pemerintah Provinsi Jawa Timur;
- (2) Penjaminan biaya dalam bentuk sharing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk masyarakat miskin pemegang kartu Jamkesda dan pasien Kusta yang mendapat pelayanan rawat inap di RSUD, PKJM-KKO dan di PPK Jamkesda Provinsi Jawa Timur;
- (3) Penjaminan biaya 100% Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah masyarakat miskin dari seniman, penderita jiwa dipasung, penghuni panti (milik Provinsi Jawa Timur), gelandangan dan orang terlantar, penghuni Lapas/Rutan (pelayanan di PPK Provinsi), dan penderita Hemofilia, Thalassemia, Kelainan Konginetal dan gagal ginjal yang tidak mampu membayar premi peserta mandiri JKN dengan surat rekomendasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur;
- (4) Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat I bagi peserta Jamkesda dicantumkan dalam anggaran program dan kegiatan JPKMB setiap Puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- (5) Pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan pasien peserta Jamkesda yang dirawat di PPK Jamkesda Kabupaten Banyuwangi dilakukan melalui Tim Pengelola pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dan dibayar melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi setelah diverifikasi oleh Tim verifikasi dari BPJKD;

- (6) Peserta program Jamkesda tidak boleh dikenakan iur biaya dalam bentuk apapun;
- (7) Pembiayaan pelayanan kesehatan yang bersumber dari dana program Jamkesda tidak boleh duplikasi dengan sumber lain.

10. Pasal 20 dirubah, sehingga Pasal 20 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 20

- (1) Pembiayaan program pelayanan kesehatan melalui mekanisme SPM dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Banyuwangi;
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk pelayanan rawat inap di PPK Jamkesda Kabupaten dan PPK Jamkesda Provinsi Jawa Timur;
- (3) Peserta dijamin 100% Kabupaten Banyuwangi adalah:
 - a. Peserta dengan SPM
 - b. Penghuni panti milik Pemerintah Kabupaten Banyuwangi
 - c. Penghuni Lapas dan Rutan yang berobat ke RS Kabupaten
- (4) Pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dirawat di PPK Jamkesda Kabupaten dilakukan melalui Tim Pengelola yang berada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dan dibayar melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi setelah diverifikasi oleh Tim Verifikator;
- (5) Pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan pasien dengan menggunakan SPM dan penghuni panti milik Pemerintah Kabupaten Banyuwangi yang dirawat di PPK Provinsi Jawa Timur menunggu hasil verifikasi dari BPJKD provinsi Jawa Timur dan dengan melalui DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
- (6) Pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan melalui mekanisme SPM tidak boleh dikenakan iur biaya dalam bentuk apapun;
- (7) Pembiayaan pelayanan kesehatan yang bersumber dari dana program pelayanan kesehatan melalui mekanisme SPM tidak boleh duplikasi dengan sumber lain.

11. Pasal 23 dirubah, sehingga Pasal 23 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 23

- (1) Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat I bagi peserta Jamkesda dicantumkan dalam anggaran program dan kegiatan JPKMB setiap Puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- (2) Pengajuan Klaim biaya pelayanan kesehatan di PPK Jamkesda Provinsi dan PPK Jamkesda Kabupaten mengacu pada tarif paket INA-CBG's;
- (3) Biaya pelayanan kesehatan pasien yang memiliki kartu Jamkesda yang dilayani di PPK Jamkesda Kabupaten dan PPK Jamkesda Provinsi diajukan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk dilakukan verifikasi khusus oleh tim Verifikator Badan Pengelola Jaminan Kesehatan Daerah (BPJKD);
- (4) Klaim dana dari hasil pengesahan verifikasi ditanggung bersama oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi dengan proporsi pembayaran 50% : 50%, dan ada juga yang ditanggung 100% oleh propinsi untuk masyarakat miskin dengan kategori tertentu sebagaimana tercantum pada pasal 19 ayat (3);

- (5) Jumlah besaran dana klaim dari PPK Jamkesda Kabupaten yang akan diajukan dan diklaimkan kepada Tim Pengelola pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi menunggu hasil verifikasi dari BPJKD Provinsi Jawa Timur;
- (6) Setelah dilakukan pengesahan oleh verifikator dan diketahui oleh Direktur/Kepala PPK Jamkesda Kabupaten klaim diajukan kepada Tim Pengelola Kabupaten untuk diterbitkan Surat Perintah Membayar;
- (7) Biaya pelayanan kesehatan yang telah diverifikasi dan telah dibayarkan kepada PPK Jamkesda Kabupaten harus disetor secara bruto sebagai pendapatan;
- (8) Tahapan Pengajuan Klaim sebagai berikut:
 - a. Permohonan penggantian biaya pelayanan kesehatan ditandatangani oleh Direktur/Kepala PPK Jamkesda Kabupaten dilampiri bukti kunjungan pelayanan kesehatan sesuai dengan hasil verifikasi Tim verifikator Independen BPJKD ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi selaku Pengguna Anggaran;
 - b. Setelah mendapat persetujuan Pengguna Anggaran Dinas Kesehatan, klaim disampaikan kepada Tim Pengelola untuk diproses permohonan pembayarannya;
 - c. Klaim dari PPK Jamkesda Kabupaten dilengkapi berkas pendukung yang diperlukan sesuai peraturan perundangan yang berlaku;
 - d. RSUD menerima transfer dana langsung dari Dinas Kesehatan dan dicatat sebagai pendapatan;
 - e. Dana klaim yang diterima oleh Dinas Kesehatan atas pelayanan kesehatan di PKJM-KKO disetor ke Kas Daerah sebagai Pendapatan dan langsung dicatat sebagai penerimaan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
 - f. Tagihan klaim yang belum terbayar hingga tahun anggaran berjalan berakhir karena sebab anggaran kesehatan telah habis terserap dan/atau telah berakhirnya tahun anggaran berjalan dapat dibayar menggunakan anggaran pelayanan kesehatan Jamkesda/SPM tahun anggaran berikutnya dengan memperhitungkan kemampuan keuangan daerah.

12. Pasal 24 dirubah, sehingga Pasal 24 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 24

- (1) Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat I bagi peserta yang memiliki SPM dicantumkan dalam anggaran program dan kegiatan JPKMB setiap Puskesmas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (2) Pengajuan Klaim biaya pelayanan kesehatan pasien dengan SPM yang di rawat di RSUD mengacu pada tarif paket INA-CBG's versi 4.0;
- (3) Pengajuan Klaim biaya pelayanan kesehatan pasien dengan SPM yang dirawat di PKJM-KKO mengacu pada tarif yang diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 12 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum sebagaimana diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 12 Tahun 2013;
- (4) Biaya pelayanan kesehatan pasien yang memilki SPM yang dilayani di PPK Jamkesda Kabupaten harus dilakukan verifikasi khusus oleh tim Verifikator Independen;

- (5) Setelah dilakukan pengesahan oleh verifikator dan diketahui oleh Direktur/Kepala PPK Jamkesda Kabupaten, klaim diajukan kepada Tim Pengelola pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi untuk diterbitkan Surat Perintah Membayar;
- (6) Klaim dana dari hasil pengesahan verifikasi seluruhnya ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Banyuwangi;
- (7) Biaya pelayanan kesehatan yang telah diverifikasi dan telah dibayarkan kepada RSUD Kabupaten Banyuwangi harus disetor secara bruto sebagai pendapatan;
- (8) Biaya pelayanan kesehatan pasien yang menggunakan SPM yang dirujuk ke PPK Jamkesda Provinsi menjadi tanggungan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi;
- (9) Tagihan biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) menunggu hasil verifikasi dari Tim Verifikator BPJKD dan dokumen pendukung yang menyertai serta umpan balik dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur;
- (10) Pembayaran tagihan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (9) langsung di transfer ke PPK Jamkesda Provinsi yang melayani pasien SPM sesuai dokumen tagihan setelah Dinas Kesehatan memproses pengajuan pencairan ke badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Banyuwangi;
- (11) Tahapan Pengajuan Klaim sebagai berikut:
 - a. Permohonan penggantian biaya pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang memiliki SPM dari PPK Jamkesda Kabupaten ditandatangani oleh Direktur/Kepala PPK Jamkesda Kabupaten dilampiri bukti kunjungan pelayanan kesehatan sesuai dengan hasil verifikasi dari Tim verifikator Independen, ditujukan kepada Kepala Dinas selaku Pengguna Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi untuk mendapat persetujuan;
 - b. Setelah mendapat persetujuan Pengguna Anggaran Dinas Kesehatan, klaim disampaikan ke Tim Pengelola untuk diproses permohonan pembayarannya;
 - c. Klaim dari PPK Jamkesda Kabupaten dilengkapi berkas pendukung yang diperlukan sesuai peraturan perundangan yang berlaku;
 - d. RSUD menerima transfer dana langsung dari Dinas Kesehatan dan dicatat sebagai pendapatan;
 - e. Dana klaim yang diterima oleh Dinas Kesehatan atas pelayanan kesehatan di PKJM-KKO disetor ke Kas Daerah sebagai Pendapatan dan langsung dicatat sebagai penerimaan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.
 - f. Tagihan klaim yang belum terbayar hingga tahun anggaran berjalan berakhir karena sebab anggaran kesehatan telah habis terserap dan/atau telah berakhirnya tahun anggaran berjalan dapat dibayar menggunakan anggaran pelayanan kesehatan Jamkesda/SPM tahun anggaran berikutnya dengan memperhitungkan kemampuan keuangan daerah.

B. Ketentuan dalam Lampiran Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 38 Tahun 2012 format a dirubah, sehingga format a berbunyi sebagai berikut:

Format a



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
KECAMATAN.....
KANTOR KEPALA DESA / KELURAHAN.....
Alamat.....

SURAT KETERANGAN MISKIN (S K M)
 NOMOR :

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kepala Desa / Kelurahan
 Nip : Kepala Desa / Kelurahan
 Jabatan : Kepala Desa / Kelurahan

Dengan ini Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Kepala Keluarga
 Tanggal Lahir : Kepala Keluarga
 Jenis Kelamain : Kepala Keluarga
 Alamat : Kepala Keluarga

Adalah benar-benar masyarakat miskin sesuai dengan 18 kreteria pendataan keluarga miskin terlampir dan tidak termasuk dalam kepesertaan JKN/JAMKESDA.

RINCIAN ANGGOTA KELUARGA SEBAGAI BERIKUT:

NO	NAMA	HUB. KELUARGA	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR
1	Kepala Keluarga			
2	Anggota KK			
3	Anggota KK			
4	Anggota KK			
5	Anggota KK			
6	Anggota KK			
7	Anggota KK			

Apabila ada keterangan yang tidak benar kami bersedia bertanggungjawab dan menerima segala konsekwensinya sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui

Banyuwangi,.....

Camat.....

Kepala Desa/Kelurahan.....

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan dan berlaku surut sejak tanggal 1 Januari 2014.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Banyuwangi.

Ditetapkan di Banyuwangi
Pada tanggal 5 September 2014

BUPATI BANYUWANGI,

Ttd.

H. ABDULLAH AZWAR ANAS

Diundangkan di Banyuwangi
Pada tanggal 5 September 2014

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANYUWANGI,

Ttd.

Drs. H. SLAMET KARIYONO, M.Si.
Pembina Utama Madya
NIP 19561008 198409 1 001

BERITA DAERAH KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2014 NOMOR 27