



**WALIKOTA KEDIRI**

PERATURAN WALIKOTA KEDIRI

NOMOR 7 TAHUN 2012

TENTANG

PENGUNAAN DANA  
JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT  
KOTA KEDIRI

WALIKOTA KEDIRI,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Kediri, maka Pemerintah Daerah mengalokasikan dana pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Kediri melalui belanja langsung guna membiayai pelayanan kesehatan masyarakat khususnya bagi masyarakat miskin;
  - b. bahwa untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan serta efektifitas dan efisiensi pengelolaan dana belanja langsung untuk membiayai pelayanan kesehatan masyarakat, maka Peraturan Walikota Kediri Nomor 25 Tahun 2011 tentang Penggunaan Dana Bantuan Sosial Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Kediri perlu diganti;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Penggunaan Dana Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Kediri.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan dalam Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45);
  2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);

13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 686/Menkes/SK/II/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jamkesmas Tahun 2010;
17. Peraturan Daerah Kota Kediri Nomor 16 Tahun 2006 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Kediri Nomor 10 Tahun 2007.

#### **MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PENGGUNAAN DANA JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT KOTA KEDIRI.**

#### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Kediri.
2. Walikota adalah Walikota Kediri.
3. Rumah Sakit adalah rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat yang melayani pasien peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) maupun diluar Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).
4. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Puskesmas di Kota Kediri yang melayani pasien peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) maupun diluar Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Kediri.

6. Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Kediri yang miskin dan tidak mampu.
7. Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Peserta JAMKESMAS adalah setiap orang miskin dan tidak mampu di Kota Kediri yang terdaftar di data base JAMKESMAS Kota Kediri.
8. Peserta Program diluar JAMKESMAS yang selanjutnya disebut JAMKESDA adalah masyarakat prasejahtera Kota Kediri yang bukan peserta Program JAMKESMAS maupun peserta JAMKESMAS yang menggunakan pelayanan diluar paket pelayanan JAMKESMAS.

## **BAB II**

### **PRINSIP PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN**

#### **Pasal 2**

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kota Kediri mengacu pada prinsip-prinsip:

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin;
- b. Menyeluruh (*konprehensif*) sesuai dengan standar pelayanan medik yang "cost effectif" dan rasional;
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas;
- d. Transparan dan akuntabel.

## **BAB III**

### **PENGGUNAAN DANA**

#### **Pasal 3**

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kota Kediri menggunakan Dana Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat yang diperuntukkan:

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat bagi peserta Program diluar JAMKESMAS, meliputi:
  1. Masyarakat tergolong kategori prasejahtera yang namanya ditetapkan dalam Keputusan Walikota;
  2. Masyarakat yang tergolong kategori prasejahtera yang namanya belum tercantum dalam Keputusan Walikota;

3. Masyarakat miskin yang tidak mempunyai kartu identitas seperti gelandangan, pengemis, anak terlantar (*Mr. X / Homeless*) yang karena sesuatu hal tidak terdaftar dalam Keputusan Walikota; dan
  4. Untuk pelayanan panti melalui rujukan dari Dinas Sosial dan Tenaga Kerja Kota Kediri.
- b. Selisih harga diluar jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan yang ada di Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), khusus golongan peserta JAMKESMAS;
  - c. Pelayanan kesehatan dan *Attention Subject* yang meliputi: obat-obatan dan alat kesehatan untuk peserta JAMKESMAS (yang berdomisili di Kota Kediri) yang tidak dapat dibiayai melalui program JAMKESMAS (pelayanan kesehatan dan obat-obatan diluar Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS / Formularium JAMKESMAS);
  - d. Pelayanan Hemodialise / CT Scan bagi masyarakat peserta Program diluar JAMKESMAS;
  - e. Pelayanan peserta JAMKESMAS dan diluar Peserta JAMKESMAS yang dirujuk ke Rumah Sakit Type A karena ketidakmampuan / tidak adanya peralatan yang dibutuhkan di Rumah Sakit untuk melaksanakan tindakan medis yang diperlukan;
  - f. Masyarakat miskin Kota Kediri yang sangat membutuhkan pemeriksaan laboratorium diluar fasilitas yang ada di RSUD Gambiran Kota Kediri. Misalnya: pemeriksaan PA, Urine Culture, TsHS, T3T4, Toxoplasma, dan lain-lain;
  - g. Peserta JAMKESMAS dan peserta diluar JAMKESMAS yang memerlukan pelayanan darah dari PMI Cabang Kota Kediri, khusus untuk pelayanan darah yang dibutuhkan dan tidak tersedia di PMI Cabang Kota Kediri (penderita / keluarga penderita membeli sendiri kemudian kwitansi pembeliannya diserahkan ke Rumah Sakit untuk diajukan mendapatkan penggantian);
  - h. Biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien peserta JAMKESMAS dan peserta diluar Program JAMKESMAS dari Puskesmas ke Rumah Sakit dan dari Rumah Sakit pemberi pelayanan JAMKESDA ke Rumah Sakit yang lebih tinggi tipenya dan sebaliknya.

Pelayanan rujukan meliputi :

Rujukan kasus dan rujukan specimen / penunjang diagnostik dari Poskeskel, Pustu ke PKM/PKM perawatan, antar PKM, dari PKM Ke PKM rujukan, atau sarana penunjang medis lainnya.

Pemanfaatan dana berupa biaya transportasi rujukan yaitu :

1. Rujukan pasien ke RS Propinsi :
  - a. Golongan II : Rp. 297.500,-
  - b. Golongan III : Rp. 315.000,-
  - c. Bahan Bakar 40 Liter.

dalam keadaan gawat darurat dapat langsung ke Rumah Sakit yang melayani pasien JAMKESMAS dan JAMKESDA.

- (5) Apabila persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) belum lengkap, diberi waktu selama 3 x 24 jam hari kerja untuk mengurus kelengkapan administrasi dan apabila batas waktu yang ditentukan tidak dapat dilengkapi, maka diberlakukan seperti pasien umum serta dikenakan tarif sesuai ketentuan yang berlaku.
- (6) Untuk mempercepat proses pelayanan kesehatan masyarakat bagi peserta JAMKESMAS dan peserta diluar Program JAMKESMAS, dapat menggunakan software JAMKESMAS yang telah dimodifikasi sesuai dengan keperluan layanan di Rumah Sakit.
- (7) Untuk pengajuan klaim layanan kesehatan bagi peserta JAMKESMAS dan peserta Program diluar JAMKESMAS, Rumah Sakit dan Puskesmas melampirkan rincian perawatan dan pengobatan dari masing-masing pasien penerima bantuan dan telah diverifikasi sebagai bahan pengajuan klaim ke Pemerintah Daerah. Terhadap besaran bantuan yang secara administrasi memerlukan materai termasuk didalam belanja bantuan sosial (ditanggung APBD).
- (8) Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan mempersiapkan tenaga verifikator yang siap melaksanakan verifikasi di Rumah Sakit.

## **BAB V**

### **MEKANISME PENCAIRAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN**

#### **Pasal 6**

- (1) Pengajuan klaim oleh Rumah Sakit dan Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (7) dilakukan dengan klaim belanja langsung di Dinas Kesehatan (untuk Puskesmas, Rumah Sakit Swasta yang bekerjasama dengan Pemerintah Kota Kediri) dan untuk Rumah Sakit Gambiran klaim langsung melalui Anggaran Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat yang ada di Rumah Sakit Gambiran.
- (2) Berkas pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampiri rekapan layanan yang diterima pasien peserta JAMKESMAS / peserta Program diluar JAMKESMAS dan disetiap rekapan harus ditandatangani pasien dan verifikator yang ditunjuk.
- (3) Klaim dana Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat dapat dicairkan setelah memenuhi persyaratan administrasi, sebagai berikut :
  - a. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak, bermaterai Rp. 6.000,00 (enam ribu rupiah) yang ditandatangani oleh Direktur (atau dengan sebutan lain)