



BUPATI BANJAR
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN BUPATI BANJAR
NOMOR 54 TAHUN 2020

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN BANTUAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN DI DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANJAR,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan urusan pemerintah wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga negara;
- b. bahwa masih terdapat masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan dan belum terdaftar sebagai peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan bagi fakir miskin;
- c. bahwa untuk memberikan kepastian hukum dalam memberikan bantuan kesehatan bagi masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan dan belum terdaftar sebagai penerima bantuan iuran jaminan kesehatan bagi fakir miskin, perlu mengatur pelaksanaan pemberian bantuan kesehatan bagi masyarakat miskin;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Banjar tentang Pelaksanaan Bantuan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Daerah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomer 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967);
4. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomer 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
9. Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Banjar Tahun 2016 Nomor 13, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Banjar Tahun 2016 Nomor 12);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN BANTUAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI DAERAH.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Banjar.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang merupakan pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah.
3. Kepala Daerah yang selanjutnya disebut Bupati adalah Bupati Banjar.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar.
5. Dinas Sosial adalah Dinas Sosial Kabupaten Banjar.
6. Pelaksana Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan.

7. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Daerah kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
8. Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong penderita gawat darurat baik berupa tindakan operatif terbatas maupun rawat inap.
9. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
10. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
11. Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin adalah penyelenggaraan bantuan kesehatan kepada masyarakat miskin pada saat masyarakat miskin tersebut belum mempunyai jaminan kesehatan dan belum terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan atau kepesertaannya tidak aktif pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
12. Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin adalah orang miskin yang belum mempunyai jaminan kesehatan dan belum terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan atau masyarakat miskin yang telah memiliki jaminan kesehatan tetapi kepesertaannya tidak aktif disebabkan putus bayar karena kondisi kemiskinan.
13. Masyarakat Miskin adalah setiap orang miskin yang sesuai dengan kriteria masyarakat miskin yang bertempat tinggal dan menetap secara terus menerus di Kabupaten Banjar yang terdaftar dalam kartu keluarga, dan memiliki kartu tanda penduduk Kabupaten Banjar atau mempunyai keterangan domisili di Kabupaten Banjar dari Pambakal atau lurah yang diketahui oleh kecamatan.
14. Penerima Bantuan Iuran yang selanjutnya disebut PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional yang iurannya dibayar Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
15. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
16. Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu yang selanjutnya disingkat SLRT adalah sistem layanan yang mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan orang miskin serta melakukan rujukan kepada pengelola program penanganan orang miskin di daerah.
17. Pengelola Program adalah tenaga pelaksana verifikasi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar untuk program Bantuan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.

Pasal 2

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai pedoman pelaksanaan pemberian bantuan berupa pelayanan kesehatan bagi Masyarakat Miskin yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan atau Masyarakat Miskin yang terhambat pembayaran iuran jaminan kesehatan yang dikarenakan kondisi kemiskinan.
- (2) Pedoman pelaksanaan Bantuan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin bertujuan :

- a. menjamin tersedianya jaminan pelayanan kesehatan untuk Masyarakat Miskin yang belum memiliki jaminan sosial kesehatan atau terhambat pembayaran iuran jaminan kesehatannya karena kondisi kemiskinan;
- b. terselenggaranya jaminan pelayanan kesehatan yang tepat sasaran untuk Masyarakat Miskin di Daerah; dan
- c. terlaksananya pemberian jaminan kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Daerah secara tertib dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 3

Ruang Lingkup pengaturan dalam Peraturan Bupati ini meliputi :

- a. kriteria Penerima Bantuan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin;
- b. hak dan kewajiban Penerima Bantuan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin;
- c. ruang lingkup pelayanan kesehatan;
- d. sistem rujukan;
- e. pencatatan dan pelaporan;
- f. pengelolaan keuangan; dan
- g. pemantauan dan evaluasi.

BAB II

KRITERIA PENERIMA BANTUAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Pasal 4

- (1) Ketentuan Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin adalah sebagai berikut :
 - a. setiap orang miskin di Daerah yang memiliki Kartu Tanda Penduduk atau Surat Keterangan Domisili dari Pambakal atau Lurah yang bertempat tinggal menetap dan terus menerus di Kabupaten Banjar dan belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan baik PBI melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara maupun PBI melalui Pemerintah Daerah.
 - b. orang miskin sebagaimana dimaksud pada huruf a, di buktikan dengan surat keterangan miskin oleh Pambakal atau Lurah yang diketahui oleh Kecamatan.
- (2) Masyarakat Miskin yang memenuhi ketentuan sebagai Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan didaftarkan sebagai PBI Pemerintah Daerah dengan pembayaran iuran yang bersumber dari APBD, melalui mekanisme verifikasi data pada Dinas Sosial melalui SLRT dan BPJS Kesehatan.
- (3) Masyarakat Miskin yang sebelumnya sudah mempunyai jaminan kesehatan dan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menjadi penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin, namun bersifat sementara dan tidak menghilangkan kewajiban atas Jaminan Kesehatan terdahulu yang bermasalah karena keterlambatan pembayaran.

Pasal 5

Tata laksana dan prosedur Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin tercantum dalam Lampiran huruf A yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III HAK DAN KEWAJIBAN

Pasal 6

- (1) Masyarakat Miskin berhak mendapatkan bantuan kesehatan, paling banyak 2 (dua) kali selama pengobatan, atau sampai dengan aktifnya kepesertaan BPJS Kesehatan.
- (2) Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah berupa :
 - a. kelas perawatan kelas III;
 - b. jenis obat dan bahan habis pakai yang digunakan di Puskesmas Perawatan adalah jenis obat sesuai formularium Daerah;
 - c. jenis obat dan bahan habis pakai yang digunakan pada Rumah Sakit adalah obat sesuai formularium Rumah Sakit;
 - d. untuk kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, instalansi farmasi/apotik PPK bertanggung jawab menyediakan obat dan bahan habis pakai yang diperlukan; dan
 - e. apabila terjadi peresepan obat dan bahan habis pakai di luar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf c dan huruf d, dan disepakati oleh pasien yang bersangkutan, maka pasien bertanggung jawab terhadap selisih harga obat tersebut.

Pasal 7

Masyarakat Miskin penerima Bantuan Kesehatan memiliki kewajiban sebagai berikut :

- a. memenuhi persyaratan dan mengikuti prosedur untuk memperoleh pelayanan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin sebagaimana tercantum dalam Lampiran huruf A yang merupakan bagian tidak terpisah dari Peraturan Bupati ini;
- b. memenuhi persyaratan menjadi peserta PBI Pemerintah Daerah yang bersumber dari APBD melalui SLRT Dinas Sosial; dan
- c. bagi Masyarakat Miskin yang telah memiliki jaminan kesehatan agar mengaktifkan kembali kepesertaan jaminan kesehatannya.

BAB IV RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 8

Pemberi Pelayanan Kesehatan untuk Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin meliputi:

- a. Puskesmas Rawat Inap di Daerah;
- b. Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Zalecha Martapura; dan
- c. Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Pemerintah Kabupaten Banjar

Pasal 9

- (1) Ruang Lingkup Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin terdiri dari :
 - a. Pelayanan kesehatan rawat inap atau fasilitas Unit Gawat Darurat (*one day care*) pada Puskesmas; dan/atau

- b. Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit.
- (2) Ruang lingkup pelayanan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi prosedur yang tercantum dalam Lampiran huruf B yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
 - (3) Ketentuan rawat inap diberikan apabila berdasarkan pemeriksaan dan indikasi medis, pelayanan harus ditindaklanjuti di Rumah Sakit dengan tingkat pelayanan sesuai dengan ketentuan.

Pasal 10

Untuk pelayanan kesehatan berupa tindakan persalinan dan bayi baru lahir, diarahkan melalui program Jaminan persalinan terkecuali yang tidak bertanggung dalam aturan teknis Jaminan persalinan.

Pasal 11

Jenis Pelayanan yang Tidak Dijamin dengan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin adalah :

- a. *general check up/medical check up*;
- b. bahan, alat dan tindakan yang bersifat kosmetik atas permintaan pasien;
- c. kacamata, *contact lens*, *intra ocular lens* diluar paket pelayanan (*case mix*);
- d. semua jenis alat/obat/ tindakan untuk kontrasepsi;
- e. prothesa gigi (diluar *case mix*);
- f. pelayanan alat bantu dengan dan alat bantu gerak;
- g. pelayanan penunjang diagnostik canggih yang tidak tersedia di Rumah Sakit Kelas C dan Kelas B. Apabila dikemudian hari tersedia pelayanan canggih maka akan dibuat ketentuan tambahan yang mengatur tata cara penjaminan;
- h. pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
- i. otopsi jenazah, *visum et revertum*, *circumsisi* tanpa indikasi medis;
- j. pelayanan kesehatan pada masa wabah (Kejadian Luar Biasa), tanggap darurat bencana;
- k. pelayanan kesehatan pada kegiatan bakti sosial seperti sunatan masal, operasi katarak, operasi bibir sumbing dan lain lain;
- l. penyalahgunaan obat dan segala akibat yang menyertainya;
- m. pelayanan kesehatan terhadap penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan obat-obat terlarang, minuman keras, kecelakaan akibat kebut-kebutan dan akibat yang ditimbulkan;
- n. kecelakaan lalu lintas yang dijamin oleh Jasa Raharja;
- o. segala tindakan yang bertujuan untuk mengakhiri hidup; dan
- p. pelayanan yang tidak mengikuti prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V SISTIM RUJUKAN

Pasal 12

- (1) Puskesmas mengutamakan rujukan pada Rumah Sakit Umum Ratu Zalecha.
- (2) Rumah Sakit Umum Ratu Zalecha dapat melakukan rujukan kasus yang tidak tertangani pada Rumah Sakit lain.
- (3) Pelaksanaan sistem rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) mengacu pada ketentuan perundang-undangan yang mengatur mengenai sistem rujukan.

BAB VI PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 13

- (1) Pencatatan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin dilakukan secara berkala setiap bulan oleh Puskesmas Perawatan dan Rumah Sakit Ratu Zalecha dan Rumah Sakit yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
- (2) Pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Dinas Kesehatan.

BAB VII PENGELOLAAN KEUANGAN

Pasal 14

- (1) Ketentuan tata laksana keuangan mengenai pemberian Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin meliputi :
 - a. tarif pelayanan pemberian Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin;
 - b. sumber dana;
 - c. realisasi dan pemanfaatan dana;
 - d. pertanggungjawaban; dan
 - e. prosedur pembayaran atau klaim.
- (2) Uraian mengenai ketentuan tata laksana keuangan pemberian Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran huruf C yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VIII PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 15

- (1) Bupati melalui Dinas Kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin.
- (2) Untuk melakukan pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk Tim Pemantauan dan Evaluasi yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (3) Tim pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:

- a. memastikan bahwa Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin dijalankan sesuai dengan pedoman yang ditentukan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan;
- b. memberikan informasi dan mendeskripsikan apabila ada hambatan yang tidak sesuai rencana; dan
- c. serta memberikan solusi atas hambatan tersebut agar bisa segera diambil tindakan perbaikan.

BAB IX KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan menempatkannya dalam Berita Daerah Kabupaten Banjar.

Ditetapkan di Martapura
pada tanggal 15 September 2020

BUPATI BANJAR,

Ttd

KHALILURRAHMAN

Diundangkan di Martapura
pada tanggal 15 September 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANJAR,

Ttd

MOKHAMAD HILMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN BANJAR TAHUN 2020 NOMOR 54

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BANJAR
NOMOR : 54 TAHUN 2020
TANGGAL : 15 SEPTEMBER 2020

PEDOMAN PELAKSANAAN BANTUAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN DI DAERAH

A. TATA LAKSANA BANTUAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN

I. Ketentuan Umum Tata Laksana

1. Semua pelayanan kesehatan dilaksanakan berdasarkan kaidah medis.
2. Pelayanan kesehatan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan pelayanan rawat inap lanjutan diberikan di Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Daerah.
3. Apabila terjadi rujukan ke PPK swasta, maka gugur haknya mendapat Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin.
4. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan perjanjian kerjasama yang diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan dengan melalui aturan-aturan yang disepakati bersama.
5. Pembayaran ke PPK berdasarkan klaim yang dikeluarkan oleh PPK yang terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh Pengelola Program.

II. Prosedur untuk memperoleh Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin berupa pelayanan kesehatan sebagai berikut :

1. Masyarakat Miskin yang belum mempunyai jaminan Kesehatan, yang memerlukan pelayanan kesehatan rawat inap di PPK berhak mendapatkan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin.
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, Masyarakat Miskin mempunyai Kartu Tanda Penduduk Kabupaten Banjar dan atau mempunyai Nomor Induk Kependudukan yang sudah terverifikasi oleh Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Banjar.
3. Apabila Masyarakat Miskin memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, pada kasus rujukan terencana (elektif) bersifat *emergency* atau gawat darurat (jangka waktu pelayanan kesehatan harus dilakukan secepatnya atau dibawah 1 bulan) maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan Rumah Sakit disertai surat rujukan dari Puskesmas wilayahnya.
4. Untuk kasus *emergency* atau gawat darurat, Masyarakat Miskin dapat langsung ke PPK baik Puskesmas Perawatan maupun Rumah Sakit.
5. Pelayanan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) angka 3 (tiga) di atas meliputi : pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) dan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit, pelayanan obat-obatan, pelayanan rujukan specimen dan penunjang diagnostik
6. Setiap rujukan terencana ke Rumah Sakit kelas A Provinsi, harus menyertakan surat keterangan dari Kepala Dinas Kesehatan yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Kelas A.
7. Pada kasus tertentu yang dilayani oleh Instalasi Gawat Darurat termasuk kasus gawat darurat, serta pelayanan rawat inap, peserta diberi waktu maksimal 3 x 24 jam (hari kerja) melengkapi berkas administrasi pada Pengelola Program Dinas Kesehatan.

8. Persyaratan administrasi berjenjang sesuai kaidah pelaksanaan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin :
 - a. Masyarakat melapor / aduan ke SLRT Dinas Sosial Kabupaten Banjar dengan melengkapi dokumen sebagai berikut :
 - 1) Kartu Tanda Penduduk elektronik atau Kartu Keluarga dengan Nomor induk Kependudukan terverifikasi Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Banjar atau Keterangan Domisili dari Pambakal atau lurah yang diketahui oleh kecamatan setempat;
 - 2) Surat Keterangan Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit yang bekerjasama, untuk kasus Masyarakat Miskin yang langsung ke PPK karena kasus gawat darurat yang diketahui oleh Puskesmas wilayah kerjanya (tanda tangan Kepala Puskesmas/Ka.Tu/Dokter Puskesmas dan stempel basah); dan
 - 3) Untuk kasus terencana gawat darurat ke Rumah Sakit, disertai dengan surat rujukan dari Puskesmas.
 - b. Setelah mendapat verifikasi Masyarakat Miskin, maka berkas tersebut dilanjutkan ke Pengelola Program Dinas Kesehatan untuk diverifikasi dan mendapatkan surat penjaminan kesehatan ke PPK dengan kelengkapan sebagai berikut :
 - 1) Dokumen nomor 1, nomor 2 dan nomor 3 pada huruf a sebagai persyaratan administrasi;
 - 2) Berita acara verifikasi faktual dengan mencantumkan gambar kondisi keluarga miskin;
 - 3) Surat Keterangan Miskin dari Pambakal atau Lurah yang diketahui oleh Kecamatan; dan
 - 4) Surat Rekomendasi Masyarakat Miskin dari Dinas Sosial Kabupaten Banjar.

B. RUANG LINGKUP PELAYANAN DAN PROSEDUR PEMANFAATAN BANTUAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN

I. Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas diberikan oleh Puskemas dengan fasilitas Unit Gawat Darurat (*one day care*) dan/atau Rawat Inap.

1. Jenis Rawat Inap di Puskesmas terdiri dari :
 - a. pemeriksaan , pengobatan dan tindakan medis oleh dokter umum atau tenaga kesehatan lainnya;
 - b. konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan;
 - c. perawatan di ruang perawatan;
 - d. pemeriksaan penunjang *diagnostik* sesuai kemampuan Puskesmas;
 - e. pemberian obat serta bahan habis pakai selama perawatan;
 - f. pelayanan gawat darurat;
 - g. pelayanan *one day care*; dan
 - h. pelayanan rujukan ambulan.
2. Prosedur Pelayanan

- a. Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin menunjukan KTP sewaktu berobat atau mendapatkan pelayanan di Puskesmas baik gawat darurat atau elektif gawat darurat.
- b. Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin akan diperiksa oleh dokter umum atau perawat atau bidan dan akan diberikan obat-obatan (*generic*) sesuai dengan indikasi medis atau diagnosanya bila dipandang perlu dokter akan meminta pemeriksaan penunjang *diagnostic* untuk memperkuat diagnosanya.
- c. Apabila kasus atau penyakit yang diderita tidak dapat diatasi Puskesmas maka dokter Puskesmas akan membuat surat rujukan dan merujuk penderita kepada PPK tingkat lanjut (Rumah Sakit). Rujukan dilakukan baik untuk rawat jalan tingkat lanjutan maupun untuk rawat inap di Rumah Sakit
- d. Surat rujukan harus ditandatangani oleh dokter Puskesmas atau oleh bidan desa bilamana kasusnya adalah masalah kebidanaan di luar jam pelayanan.
- e. Prosedur Pelayanan Penunjang Diagnostik
 1. Jika Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin memerlukan pelayanan penunjang diagnosa, dokter umum, dokter gigi atau perawat/bidan akan membuat surat rujukan
 2. Hasil pemeriksaan akan dibawa kembali oleh Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin ke Puskesmas asal rujukan.

II. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

1. Pelayanan rawat jalan spesialis Rumah Sakit hanya dikhususkan pada kasus *elektif emergency* dan paling banyak 2 (dua) kali pelayanan dalam bulan berlangsung
2. Jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit sesuai kaidah penjaminan pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap, antara lain:
 - a. pelayanan Rawat Jalan Lanjutan pada poli spesialis (seperti ketentuan angka 1;
 - b. pelayanan rawat Inap kelas III meliputi perawatan dan akomodasi;
 - c. pemeriksaan medis, konsultasi dan penyuluhan;
 - d. pemeriksaan penunjang *diagnostic*, laboratorium klinik, radio diagnostik, elektromedis sesuai kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah;
 - e. pemberian obat standar formularium, bahan dan alat kesehatan habis pakai dan pelayanan darah;
 - f. pelayanan *emergency*/gawat darurat; dan
 - g. pelayanan ambulan rujukan tingkat lanjut ke kelas Rumah Sakit diatasnya.
3. Bahan medis habis pakai atau alat bantu kesehatan yang diperlukan dan tidak termasuk paket pelayanan, maka hal ini harus dikoordinasikan kepada Pengelola Program untuk mendapatkan penjaminan
4. Prosedur pelayanan di Tingkat lanjut / Rumah Sakit
 - a. Rawat jalan

- 1) Surat rujukan berlaku selama 1 (satu) kali untuk penyakit yang sama sedangkan untuk penyakit yang berbeda maka surat rujukan harus baru.
- 2) Pelayanan rawat jalan diberikan paling banyak 2 (dua) kali selama 1 (satu) bulan berjalan dan tidak diperpanjang
- 3) Dokter poliklinik spesialis Rumah Sakit akan melakukan pemeriksaan dan tindakan medis sesuai dengan diagnosa. Dokter spesialis juga akan memberikan resep obat.

b. Rawat Inap

- 1) Apabila diperlukan rawat inap, dokter spesialis akan memberikan surat perintah rawat inap. Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin melaporkan kepada Pengelola Program dan membawa surat tersebut ke ruang rawat inap.
- 2) Khusus untuk pelayanan keadaan rawat inap gawat darurat, peserta dapat secara langsung memanfaatkan pelayanan kesehatan PPK Tingkat lanjutan (Rumah Sakit) tanpa surat rujukan dari PPK Tingkat I (Puskesmas).

III. Pelayanan Rujukan

1. Rujukan diberikan dari Puskesmas ke Rumah Sakit yang bekerjasama atau sebaliknya
2. Pemberian transportasi rujukan dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit rujukan di atasnya paling banyak 2 (dua) kali dalam satu tahun dengan tenggang waktu paling sedikit 1 (satu) bulan.
3. Pelayanan rujukan dilakukan secara berjenjang kecuali pada kondisi gawat darurat, di mana dokter spesialis tidak berada di tempat atau diperlukan tindakan medis lanjutan maka dapat dirujuk ke Rumah Sakit kelas di atasnya.

IV. Prosedur Penanganan Keluhan

1. Keluhan dari Penerima Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin tentang pelayanan kesehatan di PPK dapat disampaikan pada PPK atau langsung ke pengelola program Dinas Kesehatan secara lisan maupun tulisan.
2. Keluhan atau pengaduan dari PPK langsung disampaikan kepada Dinas Kesehatan.
3. Apabila dianggap perlu maka dalam penanganan keluhan dapat dimintakan pertimbangan kepada Kepala Dinas Kesehatan untuk penyelesaian.
4. Prosedur pengenaan sanksi/tindakan terhadap pelanggaran
 - a. Apabila berdasarkan hasil verifikasi dan investigasi terjadi pelanggaran maka dilakukan teguran tertulis terhadap PPK oleh Pengelola Program Dinas Kesehatan yang ditembuskan kepada Bupati Banjar.
 - b. Apabila sampai 3 (tiga) kali teguran tertulis pelanggaran tetap dilakukan maka Dinas Kesehatan berhak melaporkan langsung kepada Bupati Banjar untuk ditindaklanjuti.

C. TATA LAKSANA KEUANGAN

I. Ketentuan Umum Tarif Pelayanan

1. Pembayaran pelayanan kesehatan rawat inap dan *one day care* tingkat pertama di Puskesmas dalam bentuk perdiem sedangkan

pembayaran pelayanan kesehatan gawat darurat dan pelayanan rujukan dalam bentuk tarif yang ditetapkan pada Peraturan Daerah atau Peraturan Bupati yang mengatur mengenai tarif retribusi pelayanan kesehatan.

2. Pembayaran pelayanan kesehatan pada Masyarakat Miskin kepada Rumah Sakit yang bekerja sama menggunakan tarif yang di sepakati oleh Pemerintah daerah dengan Rumah Sakit tersebut.
3. Pembayaran ambulan rujukan dari rumah sakit ke Rumah Sakit rujukan diatasnya sesuai dengan Perbup yang mengatur mengenai tarif ambulan yang berlaku di Rumah Sakit.
4. Tarif bahan atau alat kesehatan yang diperlukan dan tidak termasuk pelayanan disesuaikan dengan kemampuan dan ketersediaan anggaran.

II. Sumber Dana

Sumber pembiayaan untuk pelaksanaan Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Banjar yang dialokasikan melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran Dinas Kesehatan.

III. Realisasi dan Pemanfaatan Dana

1. Puskesmas

- a. Pembayaran klaim kepada Puskesmas dilakukan setiap satu bulan sekali paling lambat tanggal 15 dengan mempertimbangkan ketepatan waktu pengiriman laporan klaim bulanan.
- b. Bukti pertanggungjawaban klaim disesuaikan dengan ketentuan yang berlaku dengan pendekatan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan
- c. Besarnya jasa pelayanan bagi para petugas Puskesmas disesuaikan dengan tarif yang ditetapkan pada Peraturan Daerah atau Peraturan Bupati yang mengatur mengenai tarif retribusi pelayanan kesehatan.

2. Rumah Sakit

Pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada Rumah Sakit dilakukan paling lambat 15 (lima belas) hari kalender setelah klaim diajukan dengan mengadopsi pendekatan klaim rawat inap BPJS Kesehatan. Pemanfaatan dana Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin oleh Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

IV. Pertanggungjawaban

Penggunaan dana harus disesuaikan dengan pemanfaatan dana dan tidak dibatasi oleh berakhirnya tahun anggaran sehingga dana tersebut dapat terus bergulir di tahun berikutnya. Setiap uang masuk dan keluar kas dicatat di buku kas khusus yang terpisah dengan sumber pembiayaan lain berikut bukti-bukti penggunaannya. Penerimaan dana atau pengelola dana Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin bertanggungjawab membuat dan menyampaikan laporan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

V. Prosedur Pembayaran/ klaim

Prosedur pembayaran/ klaim merupakan proses untuk meneliti bahwa telah terjadi transaksi yang wajar dan baik dan melakukan pembayaran sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Prosedur

pembayaran meliputi kegiatan verifikasi serta melakukan investigasi bila ada kecurangan baik disengaja (*fraud*) ataupun yang tidak sengaja (*abuse*). Pembayaran kepada Puskesmas dengan menggunakan sistem perdiem dan *Fee For Service* (FFS).

Pembayaran kepada Rumah Sakit dengan tarif yang disepakati oleh Pemerintah Daerah dengan Rumah Sakit.

Klaim rawat inap dapat ditagih setelah pasien pulang dari rawat inap. Pembayaran klaim dapat dilakukan setelah Bantuan Kesehatan Masyarakat Miskin memiliki surat jaminan pelayanan oleh Pengelola Program. Klaim ke Pengelola Program (Dinas Kesehatan) dibayar setelah dilakukan verifikasi internal PPK.

Dokumen tagihan yang diajukan untuk klaim yaitu :

1. Surat pengantar dari pimpinan PPK.
2. Daftar nama pasien disertai fotocopy surat jaminan dari Dinas Kesehatan.
3. Kuitansi bermaterai atas tagihan jasa pelayanan dan obat-obatan yang diberikan (obat standar).

BUPATI BANJAR,

Ttd

KHALILURRAHMAN