



BUPATI TASIKMALAYA
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI TASIKMALAYA
NOMOR 61 TAHUN 2020

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TASIKMALAYA,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan Pasal 99 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Pemerintah Daerah wajib mendukung program Jaminan Kesehatan;
- b. bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten Tasikmalaya mendukung penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dengan menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat guna mewujudkan pemerataan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Tasikmalaya;
- c. bahwa dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat agar berjalan secara tertib, maka dipandang perlu menetapkan pedoman pelaksanaan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati Tasikmalaya tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);

2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* dan/atau dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 87, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6485);
4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 226, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5746);
7. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas

- Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392);
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 367);
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
 11. Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2018 tentang Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu Untuk Penanganan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1062);
 12. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 4 Tahun 2013 tentang Pedoman Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Barat Tahun 2013 Nomor 4 Seri E, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 140);
 13. Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 1 Tahun 2016 tentang Tata Cara Pembentukan Produk Hukum Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2016 Nomor 1);
 14. Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 3 Tahun 2016 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Kabupaten Tasikmalaya (Lembaran Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2016 Nomor 3);
 15. Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2016 Nomor 7) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya

Nomor 1 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2019 Nomor 1);

16. Peraturan Bupati Tasikmalaya Nomor 39 Tahun 2012 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Tasikmalaya (Berita Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2012 Nomor 39) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Tasikmalaya Nomor 21 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Tasikmalaya Nomor 39 Tahun 2012 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Tasikmalaya (Berita Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2017 Nomor 21);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TASIKMALAYA TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Tasikmalaya.
2. Bupati adalah Bupati Tasikmalaya.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial.
6. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
7. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan

dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

8. Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat Jamkesmas adalah bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah.
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
10. Kartu Indonesia Sehat yang selanjutnya disingkat KIS adalah kartu identitas peserta JKN yang dikelola oleh BPJS.
11. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan.
12. Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.
13. Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya.
14. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta.
15. Peserta adalah peserta program Jamkesmas.
16. Peserta Tetap adalah peserta yang telah terintegrasi sebagai peserta program JKN dan dikelola oleh BPJS Kesehatan.
17. Peserta Tambahan adalah peserta program Jamkesmas yang belum terintegrasi sebagai peserta program JKN.
18. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
19. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
20. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
21. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
22. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

23. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
24. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
25. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
26. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
27. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
28. Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).
29. Unit Pelaksana Cepat Penanggulangan Kemiskinan yang selanjutnya disebut UPCPK adalah unit pelaksana pada Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK) Kabupaten Tasikmalaya.
30. Pusat Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disebut Puskesos adalah tempat yang berfungsi untuk melakukan kegiatan pelayanan sosial bersama secara sinergis dan terpadu antara kelompok masyarakat dalam komunitas yang ada di desa dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial.
31. Data Terpadu Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disingkat DTKS adalah Data terpadu meliputi pemerlu pelayanan kesejahteraan sosial, penerima bantuan dan pemberdayaan sosial, dan potensi dan sumber kesejahteraan sosial.
32. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh secara bertahap yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus*.
33. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang selanjutnya melemahkan kemampuan tubuh melawan infeksi dan penyakit.
34. *Tuberculosis* adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*.
35. *Multidrug-resistant* adalah suatu keadaan dimana bakteri resisten terhadap minimal satu jenis antibiotik paling sedikit 3 (tiga) golongan antibiotik.
36. *Thalasemia* adalah kelainan pada produksi hemoglobin dan sel darah merah.
37. Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan.

38. Dokter adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
39. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II TUJUAN DAN PRINSIP

Bagian Kesatu Tujuan

Pasal 2

- (1) Program Jamkesmas secara umum bertujuan mendukung program JKN dengan memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan, dengan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada masyarakat yang belum menjadi peserta program JKN.
- (2) Program Jamkesmas secara khusus bertujuan sebagai berikut:
 - a. memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang belum menjadi peserta program JKN dengan menjamin biaya pelayanan kesehatannya;
 - b. mengintegrasikan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang belum menjadi peserta program JKN menjadi peserta program JKN sebagai PBI Jaminan Kesehatan;
 - c. mendorong masyarakat untuk menjadi peserta program JKN, baik secara mandiri maupun sebagai PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - d. terselenggaranya perlindungan dan kesejahteraan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Tasikmalaya.

Bagian Kedua Prinsip

Pasal 3

Penyelenggaraan program Jamkesmas terintegrasi dan komplementer dengan program JKN yang mengacu pada prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional yaitu:

- a. menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional;
- b. pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas; dan
- c. efisien, transparan dan akuntabel.

BAB III ORGAN PELAKSANA

Pasal 4

Organ pelaksana program Jamkesmas terdiri atas:

- a. Tim Koordinasi; dan
- b. Tim Pengelola.

Pasal 5

- (1) Tim Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a terdiri atas:
 - a. Ketua : Kepala Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan;
 - b. Anggota :
 1. Pejabat administrator pada Perangkat Daerah lain yang terkait dalam penyelenggaraan program Jamkesmas;
 2. Rumah Sakit Umum Daerah;
 3. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas);
 4. BPJS Kesehatan;
 5. UCPK; dan
 6. Puskesmas.
- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. melaksanakan koordinasi dan sinkronisasi program Jamkesmas dengan program JKN;
 - b. mengkoordinasikan perencanaan dan penganggaran, manajemen data dan kepesertaan, pelayanan dan sosialisasi program Jamkesmas; dan
 - c. memfasilitasi komunikasi dan pertemuan secara berkala Tim sesuai kebutuhan dalam rangka sinkronisasi, harmonisasi, evaluasi dan penyelesaian masalah yang terjadi dalam penyelenggaraan program Jamkesmas.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Pasal 6

- (1) Tim Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b terdiri atas:
 - a. Ketua : Pejabat administrator yang membidangi Sumber Daya Kesehatan pada Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan;
 - b. Anggota : Pejabat pengawas pada Perangkat Daerah yang membidangi urusan Kesehatan yang terkait dalam penyelenggaraan program Jamkesmas.
- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas melakukan kegiatan sosialisasi, penerbitan surat jaminan, pengelolaan keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Kepala Perangkat Daerah yang membidangi urusan Kesehatan.

BAB IV

PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 7

- (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan terdiri atas:
 - a. FKTP; dan
 - b. FKRTL.

- (2) FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, antara lain:
 - a. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas);
 - b. Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu); dan
 - c. Pondok Bersalin Desa (Polindes).
- (3) FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, antara lain:
 - a. Rumah Sakit Umum Daerah; dan
 - b. Rumah Sakit Swasta yang telah melakukan Perjanjian Kerjasama dengan BPJS Kesehatan atau Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan.

BAB V MANFAAT

Pasal 8

- (1) Manfaat program Jamkesmas diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan, bukan berupa uang tunai.
- (2) Jenis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Rawat Inap Tingkat Pertama pada FKTP;
 - b. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan pada FKRTL;
 - c. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis; dan
 - d. Pelayanan transportasi untuk rujukan pada kondisi gawat darurat dan pemulangan jenazah.
- (3) Pelayanan kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan pada FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b ditempatkan pada ruang kelas III.

BAB VI PESERTA DAN KEPESERTAAN

Bagian Kesatu Peserta

Pasal 9

Peserta terdiri atas:

- a. Peserta Tetap; dan
- b. Peserta Tambahan.

Paragraf 1 Peserta Tetap

Pasal 10

Peserta Tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a merupakan Peserta yang tercantum pada *database* kepesertaan berdasarkan data tahun sebelumnya yang ditetapkan dengan keputusan Bupati sebagai PBI Jaminan Kesehatan yang bersumber dari APBD.

Paragraf 2
Peserta Tambahan

Pasal 11

- (1) Peserta Tambahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf b meliputi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan dan belum menjadi peserta program JKN.
- (2) Selain Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peserta Tambahan antara lain sebagai berikut:
 - a. penerima program keluarga harapan dan anggota keluarganya yang belum terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan;
 - b. anggota keluarga dari suami atau istri peserta PBI Jaminan Kesehatan yang belum menjadi peserta program JKN;
 - c. bayi dibawah usia 5 (lima) tahun dengan status gizi buruk/*stunting* beserta anggota keluarga;
 - d. penderita HIV/AIDS;
 - e. penderita *tuberculosis* dengan status *multidrug-resistant*, beserta anggota keluarga;
 - f. penderita gangguan jiwa dan penyandang masalah kesejahteraan sosial, terutama yang tidak memiliki nomor induk kependudukan;
 - g. penderita *thalasemia*;
 - h. penderita sakit yang diakibatkan tindakan kekerasan dalam rumah tangga;
 - i. peserta PBI Jaminan Kesehatan yang telah non aktif; dan
 - j. pekerja yang diberhentikan.

Bagian Kedua
Kepesertaan

Pasal 12

Kepesertaan program Jamkesmas seumur hidup dan berakhir apabila:

- a. meninggal dunia;
- b. pindah domisili keluar wilayah Kabupaten Tasikmalaya; dan
- c. Peserta dihapus dari DTKS yang tercantum sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena tidak lagi memenuhi kriteria.

BAB VII
MEKANISME PELAKSANAAN

Bagian Kesatu

Pengajuan Bantuan Pembiayaan bagi Peserta Tambahan

Pasal 13

- (1) Calon Peserta Tambahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) dan ayat (2) mengajukan permohonan secara berjenjang melalui Puskesmas.
- (2) Puskesmas berkoordinasi dengan UPCPK mengenai data calon Peserta Tambahan.

- (3) UPCKP sesuai kewenangannya melakukan verifikasi terhadap calon Peserta Tambahan berdasarkan DTKS dan verifikasi lapangan ke tempat domisili calon Peserta.
- (4) Calon Peserta Tambahan dinyatakan layak apabila:
 - a. belum terdaftar dalam DTKS;
 - b. bukan sebagai peserta JKN baik secara mandiri maupun sebagai PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - c. layak sebagai Peserta program Jamkesmas berdasarkan hasil verifikasi lapangan.
- (5) Dalam hal Peserta Tambahan telah dinyatakan layak sebagaimana dimaksud pada ayat (4), maka UPCKP mengajukan rekomendasi kepada Tim Pengelola agar dijamin dengan program Jamkesmas.
- (6) Tim Pengelola menerbitkan surat jaminan pelayanan kesehatan untuk digunakan 1 (satu) kali pelayanan kesehatan dan dapat diperpanjang sebelum KIS-nya terbit.

Pasal 14

- (1) Data Peserta Tambahan yang telah dinyatakan layak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (4) dihimpun dan diolah dalam DTKS untuk selanjutnya diusulkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan yang bersumber dari APBD.
- (2) Peserta Tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Pasal 15

Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan melakukan pendaftaran Peserta tambahan yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (2) kepada BPJS Kesehatan untuk selanjutnya diintegrasikan sebagai peserta program JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Prosedur Pelayanan Kesehatan

Paragraf 1 Pelayanan Kesehatan pada FKTP

Pasal 16

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Pertama, dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Peserta datang ke FKTP dengan menunjukkan kartu identitas dan KIS atau surat jaminan;
- b. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Pertama;
- c. setelah mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud pada huruf b, Peserta menandatangani bukti pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama;
- d. dalam hal hasil pemeriksaan menyatakan Peserta memerlukan pemeriksaan atau tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka

FKTP memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Sistem Rujukan yang berlaku.

Pasal 17

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama, dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Peserta datang ke FKTP menyerahkan surat pengantar untuk dirawat;
- b. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai indikasi medis;
- c. setelah mendapat pelayanan kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud pada huruf b, FKTP wajib membuat surat bukti rawat yang menyatakan bahwa Peserta telah mendapat perawatan yang mencantumkan tanggal masuk, tanggal keluar dan diagnosa penyakit;
- d. Peserta wajib menandatangani surat bukti pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan pada FKRTL

Pasal 18

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Peserta datang ke FKRTL berdasarkan surat rujukan dari FKTP dengan menunjukkan kartu identitas, KIS atau surat jaminan, dan surat rujukan;
- b. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Lanjutan sesuai indikasi medis;
- c. setelah mendapat pelayanan kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Lanjutan sebagaimana dimaksud pada huruf b, Dokter di FKRTL wajib memberikan jawaban surat rujukan kepada Dokter yang merujuk disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis Peserta sudah dapat dilayani di FKTP yang merujuk;
- d. Peserta wajib menandatangani surat bukti pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama.

Pasal 19

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Lanjutan, dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Peserta datang ke FKRTL berdasarkan surat rujukan dari FKTP dengan menunjukkan kartu identitas, KIS atau surat jaminan, dan surat rujukan;
- b. surat jaminan sebagaimana dimaksud pada huruf a disampaikan selambat-lambatnya 3x24 jam hari kerja sejak hari pertama dirawat;
- c. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Lanjutan sesuai indikasi medis;
- d. setelah mendapat pelayanan kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Lanjutan sebagaimana dimaksud pada huruf c, Dokter pada FKRTL wajib membuat surat rujukan balik kepada Dokter di FKTP yang merujuk disertai jawaban

dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika Peserta secara medis sudah dapat dilayani di FKTP yang merujuk;

- e. Peserta wajib menandatangani surat bukti pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama dan surat bukti pelayanan lainnya.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Darurat Medis

Pasal 20

- (1) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a dan Pasal 19 huruf a, pada Pelayanan Kesehatan Darurat Medis dilakukan tanpa surat rujukan.
- (2) Pada Pelayanan Kesehatan Darurat Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peserta wajib menunjukkan KIS atau surat jaminan paling lama 3x24 jam.
- (3) Pada Pelayanan Kesehatan Darurat Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemberi Pelayanan Kesehatan baik yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau belum bekerja sama, wajib memberikan pelayanan.
- (4) Pemberi Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang memberikan Pelayanan Kesehatan Darurat medis tidak diperkenankan menarik biaya kepada Peserta.
- (5) Dalam hal Pemberi Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka harus segera merujuk ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan daruratnya teratasi dan Peserta dalam kondisi dapat dipindahkan.

Paragraf 4

Pelayanan Transportasi untuk Rujukan pada Kondisi Gawat Darurat dan Pemulangan Jenazah

Pasal 21

Pelayanan transportasi untuk rujukan pada kondisi gawat darurat dan pemulangan jenazah dapat diklaim program Jamkesmas.

BAB VII

PENGAJUAN KLAIM

Bagian Kesatu

Pengajuan Klaim atas Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Tetap

Pasal 22

Pemberi Pelayanan Kesehatan mengajukan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan Peserta Tetap kepada BPJS sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 23

Dalam hal Klaim sudah dibayar oleh BPJS Kesehatan, Pemberi Pelayanan Kesehatan wajib mengirimkan *softcopy* Klaim individual ke Kementerian Kesehatan melalui Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

Pasal 24

Dalam hal Pemberi Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis kepada Peserta Tetap merupakan FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Klaim ditujukan secara langsung kepada BPJS Kesehatan.

Bagian Kedua

Pengajuan Klaim atas Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Tambahan

Pasal 25

- (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan mengajukan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan Peserta Tambahan, kepada Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan setiap 1 (satu) bulan pada tanggal 10 (sepuluh).
- (2) Pengajuan Klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan
 - a. surat pengantar tagihan;
 - b. rekap data pasien; dan
 - c. berkas pasien,
- (3) Batas waktu pengajuan klaim susulan paling lama 2 (dua) bulan berikutnya dari Klaim bulan berjalan atau 3 (tiga) bulan dari pelayanan.
- (4) Dalam hal jangka waktu pengajuan Klaim melebihi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka Klaim ditolak.
- (5) Pembayaran Klaim kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan program Jamkesmas yang berasal dari peserta tambahan setiap bulan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 26

Dalam hal Pemberi Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis kepada Peserta Tambahan merupakan FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Klaim ditujukan kepada Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan.

BAB VIII
PENDANAAN

Pasal 27

Pendanaan bersumber dari APBD dan sumber lain yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 28

Pada saat peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Tasikmalaya Nomor 60 Tahun 2019 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Berita Daerah Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2019 Nomor 60) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 29

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Singaparna
pada tanggal 27 Agustus 2020

BUPATI TASIKMALAYA,



ADE SUGIANTO

Diundangkan di Singaparna
pada tanggal 27 Agustus 2020



MOHAMAD ZEN

BERITA DAERAH KABUPATEN TASIKMALAYA TAHUN 2020 NOMOR 61