



RANCANGAN
PERATURAN DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT

NOMOR: TAHUN 2011

**T
E
N
T
A
N
G**

JAMINAN KESEHATAN DAERAH
(JAMKESDA)



DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH
PROVINSI SUMATERA BARAT

RANCANGAN
PERATURAN DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
NOMOR.....TAHUN.....

TENTANG

JAMINAN KESEHATAN DAERAH
(JAMKESDA)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR PROVINSI SUMATERA BARAT,

Menimbang : a. bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan jaminan sosial untuk dapat mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat, sejahtera, adil dan makmur ;

b. bahwa untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dan meningkatkan derajat kesehatan perlu dilakukan upaya jaminan kesehatan yang dilakukan secara komprehensif, berhasil dan berdaya guna ;

c. bahwa guna terselenggaranya transparansi dan akuntabilitas terhadap pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat perlu diatur dalam suatu Sistem Jaminan Kesehatan (Jamkesda) ;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 61 Tahun 1958 tentang Penetapan Undang-undang Darurat Nomor 19 Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Swatantra Tingkat I Sumatera Barat, Jambi dan Riau, menjadi Undang- Undang (Lembaran Negara RI Tahun 1958 Nomor 112) Jo Peraturan Pemerintah Nomor 29 Tahun 1979;

2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Tahun 1974 Nomor, Tambahan Lembaran Negara Nomor);
3. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389);
4. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 yang telah ditetapkan dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008;
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4422);
6. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4436);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 144);
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, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2004 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007.

Dengan Persetujuan Bersama

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH
PROVINSI SUMATERA BARAT**

DAN

GUBERNUR PROVINSI SUMATERA BARAT

MEMUTUSKAN :

**Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG JAMINAN
KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Sumatera Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
3. Kabupaten/Kota adalah Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat.
4. Gubernur adalah Gubernur Sumatera Barat.
5. Bupati/Walikota adalah Kepala Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat.
6. Dinas Kesehatan Provinsi adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah Bidang Kesehatan di Provinsi.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
8. Jaminan Kesehatan adalah suatu sistem yang memungkinkan seseorang terbebas dari beban biaya berobat yang relatif mahal yang menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar hidup.

9. Peserta Jaminan Kesehatan Daerah adalah setiap orang atau dan/ atau anggota keluarganya yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah daerah.
10. Masyarakat miskin non kuota adalah masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan pelayanan kesehatan dari Pemerintah.
11. Kelompok informal adalah pekerja sektor informal non miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan.
12. Pembiayaan kesehatan adalah upaya menghimpun berbagai kegiatan penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka mendukung pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
13. Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, mencegah dan menyembuhkan penyakit setiap orang, serta memulihkan kesehatan perorangan, baik tingkat dasar, tingkat lanjutan maupun tingkat unggulan.
14. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat selanjutnya disebut JPKM adalah cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.
15. Paket Pemeliharaan Kesehatan adalah kumpulan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara untuk kepentingan peserta dalam rangka melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan.
16. Badan Penyelenggara adalah badan yang berbadan hukum yang menyelenggarakan program JPKM.
17. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut PPK adalah fasilitasi pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai ke pelayanan tingkat lanjutan, di Pusat kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Jaringannya, Dokter keluarga, Rumah Sakit milik Pemerintah daerah dan Rumah Sakit milik Pemerintah serta Rumah Sakit swasta.
18. Sumber dana lain yang tidak mengikat adalah sumber dana dari organisasi profesi, organisasi masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM).
19. Kartu Jaminan Kesehatan yang selanjutnya dapat disebut Kartu Jaminan Kesehatan adalah tanda bukti sah/identitas yang diberikan kepada setiap peserta dan anggota keluarganya atas hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.

20. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah daerah.
21. Dokter Keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, ia tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif, tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya.
22. Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang menyeluruh memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai suatu unit, tanggung jawab dokter terhadap pelayanan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien, juga tidak oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu saja.
23. Praktek Dokter Keluarga Mandiri (PDKM) adalah pelayanan dokter keluarga sebagai sistim upaya kesehatan perorangan tingkat pertama.
24. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah, Rumah Sakit Khusus, Rumah Sakit Jiwa dan Balai Kesehatan, serta Rumah Sakit Umum Swasta, Puskesmas dan jaringannya.
25. Pelayanan Rujukan adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang berasal dari Poskesdes, puskesmas pembantu ke Puskesmas, atau antar Puskesmas, dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau sarana penunjang medis lainnya.
26. Rumah Sakit Umum yang selanjutnya dapat disingkat RSU adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit, dari yang bersifat dasar sampai dengan sub spesialisistik dan pelayanan lain yang ada kaitannya dengan penyakit.
27. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya dapat disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Barat maupun Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
28. Rumah Sakit Swasta selanjutnya disebut RS Swasta adalah Rumah Sakit Swasta yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit, dari yang bersifat dasar sampai dengan sub spesialisistik dan pelayanan lain yang ada kaitannya dengan penyakit, yang dimiliki dan dikelola oleh swasta.
29. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk jenis penyakit tertentu atau berdasarkan disiplin ilmu tertentu.

30. Rumah Sakit Jiwa adalah rumah sakit yang menyelenggarakan dan melaksanakan pelayanan, pencegahan, penyembuhan dan rehabilitas dibidang kesehatan jiwa termasuk unit pelayanan ketergantungan obat.
31. Balai Kesehatan adalah Balai Laboratorium Kesehatan, Balai Pengobatan dan Pencegahan Penyakit Paru dan Balai Kesehatan Mata Masyarakat.

BAB II

ASAS , TUJUAN DAN MANFAAT

Bagian Kesatu

Asas Dan Tujuan

Pasal 2

(1) Jaminan Kesehatan Daerah berasaskan:

- a. Kemanusiaan;
- b. Manfaat;
- c. Keadilan sosial.

(2) Jaminan Kesehatan Daerah bertujuan untuk:

- a. Menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. Menjamin terselenggaranya perlindungan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Bagian Kedua

Manfaat

Pasal 3

Manfaat Jaminan Kesehatan Daerah untuk :

- a. Mendorong masyarakat untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan.
- b. Mendorong peningkatan kualitas kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas hidup masyarakat.
- c. Fasilitas yang belum tersedia pada rumah sakit pemerintah/pemerintah daerah/swasta harus memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik peserta.
- d. Dalam keadaan darurat, pelayanan sebagaimana dimaksud pada huruf a dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah.

- e. Dalam hal daerah yang belum menyediakan fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah wajib memberikan kompensasi.
- f. Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.

BAB III

JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN DAERAH

(JAMKESDA)

Bagian Kesatu

Peserta

Pasal 4

- (1) Setiap orang atau kelompok informal dapat menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah (Jamkesda).
- (2) Peserta sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari peserta penerima bantuan iuran dan peserta mandiri.

Bagian Kedua

Kepesertaan

Pasal 5

- (1) Kepesertaan dilakukan melalui pendaftaran sebagai peserta pada Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pada masing-masing daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Peserta yang terdaftar lebih dari satu Badan Penyelenggara Jamkesda harus melaporkannya pada Badan Penyelenggara Jamkesda yang bersangkutan untuk dilakukan koordinasi pemantauan paket pemeliharaan kesehatannya.
- (3) Kepesertaan dimulai pada saat kesepakatan ditandatangani.
- (4) Kepesertaan melalui kelompok dilakukan oleh koordinator kelompok dengan mencantumkan daftar anggota kelompok.
- (5) Badan Penyelenggara Jamkesda dapat melakukan perluasan kepesertaan sehingga pembinaan dan pengawasan dalam penyelenggaraan program JPKM mempunyai cakupan yang lebih luas.
- (6) Kepesertaan secara perorangan dapat dilakukan setiap saat pada Badan Penyelenggara Jamkesda Kabupaten/Kota dengan besar beban biaya penyelenggaraan

paket pemeliharaan kesehatan tidak boleh melebihi 110% dari biaya terendah Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jamkesda.

- (7) Perluasan kepesertaan dilakukan terhadap kelompok atau perorangan dilakukan melalui pemasangan iklan.
- (8) Pelaksanaan iklan sebagaimana dimaksud dalam ayat (7) teknis pelaksanaannya akan diatur dalam Peraturan Gubernur.

Bagian Ketiga.

Hak dan Kewajiban Peserta

Pasal 6

(1) Hak-hak Peserta :

- a. Setiap peserta yang telah terdaftar sebagai peserta Jamkesda berhak mendapatkan Kartu Jaminan Kesehatan.
- b. Peserta berhak mengajukan keluhan dan memperoleh penyelesaian atas keluhan yang diajukan baik yang menyangkut pelayanan oleh Badan Penyelenggara (Bapel) Jamkesda maupun Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK);
- c. Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah, berhak menerima manfaat jaminan Kesehatan;
- d. Peserta berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dalam paket pemeliharaan kesehatan dasar dan paket pemeliharaan kesehatan tambahan sesuai dengan kesepakatan.

(2) Kewajiban Peserta:

- a. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan jumlah nominal yang telah ditentukan.
- b. Kewajiban membayar iuran penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dilakukan setiap bulan atau untuk jangka waktu tertentu (Triwulan, Semester atau Tahunan)
- c. Besarnya iuran ditetapkan berdasarkan pelayanan yang diberikan dan ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

BAB IV
BADAN PENYELENGGARA
Bagian Kesatu
Tata Cara Penyelenggaraan Jamkesda
Pasal 7

- (1) Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang berbadan hukum.
- (2) Penyelenggaraan program pembiayaan dan jaminan Pemeliharaan Daerah harus dilakukan secara terpisah dari kegiatan lain yang dilakukan oleh Badan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah.
- (3) Pemisahan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) meliputi pemisahan organisasi, pengelolaan, tenaga, sarana dan dana.
- (4) Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah dapat menyelenggarakan paket pemeliharaan kesehatan tambahan sesuai dengan kemampuan usaha.
- (5) Badan Penyelenggara Jamkesda mengeluarkan Kartu Jaminan Kesehatan sebagai tanda bukti sah/identitas yang diberikan kepada peserta dan anggota keluarganya.

Bagian Kedua
Fungsi Badan Penyelenggara
Pasal 8

Badan Penyelenggara Jamkesda dalam menyelenggarakan Program Pembiayaan dan Kesehatan Daerah (Jamkesda) mempunyai fungsi :

- a. Memberikan informasi bagi peserta dan Pemberi Pelayanan Kesehatan.
- b. Melakukan pemantauan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan Pemberi Pelayanan Kesehatan.

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Badan Penyelenggara (Bapel).
Pasal 9

- (1) Badan penyelenggara (Bapel) berhak menerima pembayaran premi sebagaimana yang ditetapkan sesuai jumlah peserta yang terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan daerah (Jamkesda) secara syah.

(2) Kewajiban Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Tingkat Provinsi Sumatera Barat meliputi :

- a. Menyediakan paket pemeliharaan kesehatan dasar yang berisikan kebutuhan dasar peserta.
- b. Menyediakan Pelayanan Kesehatan yang jenis dan jumlahnya sesuai dengan jumlah dan kebutuhan pelayanan kesehatan peserta dan mendapatkan persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.
- c. Menyelenggarakan paket pemeliharaan kesehatan dasar.
- d. Menyelenggarakan paket pemeliharaan kesehatan tambahan untuk peserta yang telah mengikuti paket pemeliharaan kesehatan dasar.
- e. Menyelenggarakan program Jamkesda harus memberi kemudahan bagi peserta untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan dilakukan dengan cara :
 1. Memberikan kartu identitas bagi setiap peserta yang dapat digunakan untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan
 2. Menyediakan Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dapat dipilih peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan
 3. Memberikan informasi secara jelas tentang jenis pelayanan yang dapat diperoleh peserta untuk paket pemeliharaan kesehatan.
 4. Memberikan kemudahan bagi peserta untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan sesuai dengan paket yang disepakati harus dapat menampung dan menyelesaikan segala keluhan peserta untuk memperoleh pelayanan
 5. Melaksanakan pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan harus menggunakan prinsip pra-upaya yang berdasarkan sistem kapitasi.

Bagian Keempat

Perolehan Dana Badan Penyelenggara (Bapel).

Pasal 10

- (1) Badan Penyelenggara Jamkesda dan Pemberi Pelayanan Kesehatan secara bersama harus menyediakan dana cadangan untuk menjamin kelangsungan pelayanan kesehatan kepada peserta.
- (2) Dana cadangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dihimpun dengan cara menarik sebagian pembiayaan kapitasi.
- (3) Penarikan/Penyisihan dana sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan pemanfaatan harus dicantumkan dalam perjanjian tertulis dan besarnya antara 15% sampai 45% dari seluruh pembayaran Badan Penyelenggara kepada PPK.

- (4) Dana cadangan harus dimanfaatkan untuk kepentingan Pemberi Pelayanan Kesehatan, Peserta dan Badan Penyelenggara.
- (5) Pemanfaatan dana cadangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) harus terlebih dahulu mendapatkan persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.

Pasal 11

- (1) Badan Penyelenggara Jamkesda harus mengadakan koordinasi dengan Badan Penyelenggara Jamkesda lain mengenai pemanfaatan paket pemeliharaan kesehatan bagi peserta yang menjadi anggota pada lebih dari 1 (satu) program JPKM.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksudkan dalam ayat (1) harus dinyatakan dengan tegas dalam kontrak sesuai dengan informasi peserta.

Bagian Kelima

Pencatatan

Pasal 12

- (1) Badan Penyelenggara Jamkesda dalam menyelenggarakan program JPKM harus melakukan pencatatan dan pelaporan.
- (2) Pencatatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) mencakup :
 - a. Pemeliharaan kesehatan.
 - b. Pengelolaan keuangan.
- (3) Pelaporan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi :
 - a. Laporan bulanan.
 - b. Laporan tahunan.
 - c. Hasil evaluasi pelaksanaan penyelenggaraan program Jamkesda setiap 6 (enam) bulan.
 - d. Rencana perluasan.
 - e. Kegiatan lain yang diperlukan.
- (4) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus ditujukan pada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat atau pejabat yang ditunjuk sesuai dengan kebutuhan.

Bagian Keenam
Pemeliharaan Kesehatan

Pasal 13

- (1) Pemeliharaan Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah hanya dapat diberikan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dikontrak atau melakukan perjanjian kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah yang ditunjuk.
- (2) Pemberi Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus telah mengadakan perjanjian kerja secara tertulis dengan Badan Penyelenggara Jamkesda.

BAB V

PENGELOLAAN DANA JAMKESDA

Bagian Kesatu

Pengelolaan Dana Jamkesda

Pasal 14

- (1) Dana Jamkesda dikelola oleh Bapel Kesehatan secara optimal dengan mempertimbangkan aspek ekuitas, portabilitas, kehati-hatian, keamanan dana hasil yang memadai.
- (2) Tata cara pengelolaan dan pengembangan dana Jamkesda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur.

Pasal 15

Pemerintah Daerah dapat melakukan tindakan khusus guna menjamin terpeliharanya tingkat kesehatan keuangan Badan Penyelenggara Kesehatan Daerah.

Pasal 16

- (1) Badan Penyelenggara kesehatan Daerah mengelola pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku.
- (2) Subsidi silang antar program dengan membayarkan manfaat suatu program dari dana program lain yang tidak diperkenankan.
- (3) Peserta berhak memperoleh informasi tentang akumulasi iuran dan hasil pengembangannya serta manfaat dari jenis program jaminan kesehatan.

- (4) Badan Penyelenggara Kesehatan daerah wajib memberikan informasi akumulasi iuran berikut hasil pengembangannya kepada setiap peserta jaminan kesehatan sekurang-kurangnya sekali dalam satu tahun.

Bagian Kedua

Pendanaan Badan Penyelenggara

Pasal 17

- (1) Badan Penyelenggara harus menyediakan modal yang jumlahnya paling sedikit sama dengan anggaran operasional 1 (satu) tahun pertama penyelenggaraan program JPKM.
- (2) Penyediaan modal seperti tersebut pada ayat (1), harus dinyatakan dengan bukti setor.
- (3) Selain modal sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) harus memiliki dana cadangan sebanyak 25% dari anggaran pelayanan kesehatan 1 (satu) tahun dan harus disesuaikan tiap tahun.
- (4) Dana cadangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) harus dalam bentuk deposito pada Bank Pemerintah atas nama Menteri Kesehatan.
- (5) Dana cadangan digunakan apabila Badan Penyelenggara Jamkesda tidak sanggup lagi menanggulangi kewajibannya.
- (6) Sebagian dana yang bersumber dari sisa usaha harus disisihkan dalam bentuk cadangan teknis.
- (7) Cadangan teknis sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) digunakan untuk pengembangan penyelenggaraan Program Jamkesda.
- (8) Untuk menyelenggarakan usahanya setiap bulan Bapel Jamkesda harus menyediakan dana untuk penyelenggaraan program Jamkesda sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan anggaran pemeliharaan kesehatan, dana sebagaimana dimaksud harus dapat dibukukan baik dana dalam bentuk uang tunai ataupun dana dalam Bank.

Bagian Ketiga

Kerjasama

Pasal 18

Pemerintah Daerah Provinsi melakukan kerja sama dengan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam hal penganggaran biaya pelaksanaan jaminan kesehatan

masyarakat di daerah dengan komposisi.....% kontribusi Pemerintah Provinsi dan% kontribusi Pemerintah Kabupaten/Kota.

Bagian Keempat

Pembayaran Fasilitas Kesehatan

Pasal 19

- (1) Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap daerah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara badan penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan daerah dan asosiasi fasilitas kesehatan di daerah tersebut.
- (2) Badan Penyelenggara Jaminan pemeliharaan kesehatan daerah wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima.
- (3) Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas jaminan pemeliharaan kesehatan.
- (4) Besarnya beban biaya pemeliharaan kesehatan dan pembayaran pada Pemberi Pelayanan Kesehatan dilakukan berdasarkan perhitungan yang harus dapat dikaji ulang.
- (5) Penetapan beban biaya rata-rata per peserta oleh Badan Penyelenggara Jamkesda harus didasarkan pada kebutuhan pembiayaan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh pesertanya untuk jangka waktu tertentu.
- (6) Pembiayaan bersumber dari APBN, APBD Pemerintah Daerah Provinsi, APBD Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, partisipasi masyarakat dan sumber lainnya yang sah dan tidak mengikat.
- (7) Alokasi pembiayaan kesehatan dari dana APBD, pemerintah daerah diupayakan setiap tahunnya sesuai kebutuhan yang akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Gubernur.

Bagian Kelima

Iuran

Pasal 20

- (1) Besarnya iuran jaminan kesehatan daerah yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.

- (2) Besarnya iuran jaminan kesehatan daerah untuk peserta yang tidak menerima upah ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala.
- (3) Besarnya iuran jaminan kesehatan daerah untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala.
- (4) Iuran program jaminan kesehatan daerah bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu serta tidak masuk kuota pemerintah pusat (Jamkesmas) dibayar oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Barat dan Pemerintah Kabupaten/Kota secara bertingkat.
- (5) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), ditentukan secara berkala.

BAB VI

PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Pasal 21

- (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan :
 - a. Dokter Keluarga atau Puskesmas.
 - b. Rumah Sakit Pememerintah/Daerah kelas III (tiga) dan RS Swasta Sosial kelas III (tiga) yang dikontrak Bapel Jamkesda se Sumatera Barat.
 - c. Sistim Pelayanan Kedokteran Keluarga Daerah bertujuan memberikan pelayanan kesehatan dasar Strata I (Pertama) dengan memakai pendekatan kedokteran keluarga kepada peserta Jaminan pemeliharaan Kesehatan Daerah dan keluarganya.
- (2) Pelaksanaan pemeliharaan kesehatan kepada peserta Jaminan pemeliharaan Kesehatan Daerah dan keluarganya dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dikontrak oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah di pelayanan kesehatan strata I oleh dokter keluarga, pelayanan kesehatan strata II di rumah sakit pemerintah atau swasta serta pelayanan kesehatan strata III di rumah sakit pemerintah atau swasta.
- (3) Dalam keadaan gawat darurat peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan pada setiap Pemberi Pelayanan Kesehatan.
- (4) Pemeliharaan Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah hanya dapat diberikan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dikontrak Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah.

- (5) Pemberi Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) harus telah mengadakan perjanjian kerja secara tertulis dengan Badan Penyelenggara Jamkesda.

Bagian Kedua

Jenis pelayanan

Pasal 22

Pelayanan kesehatan pada program jaminan kesehatan Daerah yaitu pelayanan kesehatan komprehensif yang meliputi antara lain :

- a. Pelayanan kesehatan pada klinik Dokter keluarga dan Puskesmas dan jaringannya (Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Rawat Inap Tingkat Pertama).
- b. Pelayanan kesehatan di Rumah sakit yaitu Rawat Jalan Tingkat Lanjutan dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
- c. Pelayanan kesehatan di Sistem Pelayanan Kedokteran keluarga daerah bertujuan memberikan pelayanan kesehatan dasar strata I (pertama) dengan memakai pendekatan kedokteran keluarga kepada peserta Jaminan pemeliharaan kesehatan daerah dan keluarganya.

Bagian Ketiga

Kewajiban Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pasal 23

- (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan dilarang menarik pembayaran dari peserta sepanjang pelayanan yang diberikan sesuai dengan paket kesehatan yang telah disepakati, kecuali adanya perjanjian co sharing (Iyur biaya) antara peserta dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah.
- (2) Pemberi Pelayanan Kesehatan tidak boleh menolak peserta yang memerlukan pertolongan pelayanan.
- (3) Pemberi pelayanan Kesehatan dalam memberikan pelayanan harus melaksanakannya sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam sistem rujukan dan dilarang menghentikan perawatan dalam suatu proses pelayanan karena adanya alasan administratif.

- (4) Pemberi Pelayanan Kesehatan harus tetap mempertahankan dan meningkatkan segala fasilitas yang ada dan mutu pelayanan yang diberikan serta melaksanakan rekam medis secara cermat.
- (5) Pemberi Pelayanan Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan medis peserta dan standar pelayanan.

Pasal 24

- (1) Pelayanan rawat inap dilakukan pada Pemberi pelayanan Kesehatan yang menyediakan fasilitas rawat inap.
- (2) Pelayanan rawat inap diberikan pada kelas perawatan sesuai dengan ketentuan yang telah disepakati.
- (3) Upaya pencegahan, termasuk pemberian imunisasi, diberikan sesuai dengan kebutuhan.

Pasal 25

Pelayanan obat dan pemeriksaan diagnostik dilakukan pada Pemberi Pelayanan Kesehatan yang menjadi pilihannya atau Pemberi Pelayanan Kesehatan yang ditunjuk sesuai kebutuhan.

Pasal 26

- (1) Setiap sarana pelayanan kesehatan dapat menjadi Pemberi Pelayanan Kesehatan pada satu atau lebih Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah.
- (2) Pelayanan pemeriksaan dan tindakan medis sebagaimana dimaksud ayat (1) meliputi :
 - a. Pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan yang tersedia pada Pemberi Pelayanan Kesehatan tersebut atau Pemberi Pelayanan Kesehatan yang menjadi rujukannya sesuai dengan paket pemeliharaan kesehatan.
 - b. Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan. Dan,
 - c. Pemberian pelayanan kesehatan pencegahan termasuk imunisasi.

Bagian Keempat
Sarana dan Prasarana
Pasal 27

- (1) Sarana pelayanan kesehatan yang akan menjadi Pemberi Pelayanan Kesehatan harus :
 - a. Memiliki akreditasi dari Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat.
 - b. Mengadakan ikatan kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan pemeliharaan Kesehatan Daerah.
- (2) Akreditasi sebagaimana dimaksud ayat (1) meliputi :
 - a. Ketenagaan.
 - b. Peralatan/fasilitas. dan
 - c. Kemampuan memberikan pelayanan.

BAB VII
ADMINISTRASI JAMINAN KESEHATAN DAERAH

Pasal 28

- (1) Setiap penyelenggara upaya pelayanan kesehatan perorangan/keluarga, kesehatan wajib menyelenggarakan administrasi lengkap dalam melakukan kegiatannya.
- (2) Pengaturan lebih lanjut mengenai administrasi jaminan kesehatan perorangan/keluarga, upaya pelayanan kesehatan perorangan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Gubernur.

BAB VIII
PENGAWASAN

Pasal 29

Pengawasan terhadap kinerja dan pengelolaan keuangan badan penyelenggara jaminan kesehatan daerah dilakukan oleh instansi yang berwenang.

BAB IX
SANKSI ADMINISTRASI

Pasal 30

- (1) Setiap orang yang melanggar ketentuan dalam Pasal 23 ayat (1) dan ayat (2) dapat dikenakan sanksi administrasi;
- (2) Sanksi Administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat(1) berupa teguran dan peringatan;
- (3) Pengaturan lebih lanjut mengenai sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Peraturan Gubernur.

BAB X
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 31

Badan Penyelenggara Jamkesda yang telah ada harus menyesuaikan dengan ketentuan ini selambat-lambatnya 1 (satu) tahun setelah berlakunya Peraturan Daerah ini.

BAB XI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 32

Ketentuan yang terdapat dalam Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 40 Tahun Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistim Pelayanan Kedokteran dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 33

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Daerah ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaan akan ditetapkan dengan Peraturan Gubernur, dalam tenggang waktu selama 6 (enam) bulan, setelah Peraturan Daerah ini diundangkan.

Pasal 34

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Provinsi Sumatera Barat.

Ditetapkan di Padang
pada tanggal

GUBERNUR SUMATERA BARAT

IRWAN PRAYITNO

Diundangkan di Padang
pada tanggal.....

**SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI SUMATERA BARAT**

DRS. H. Ali Asmar, MPd
Pembina Utama Madya
Nip. 19580405.197903.1.004

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
TAHUN.....NOMOR.....