



WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN

PERATURAN WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN
NOMOR 1 TAHUN 2010

TENTANG

SISTEM JAMINAN KESEHATAN DAERAH

WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN,

- Menimbang :
- a. bahwa setiap berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup layak dan meningkatkan taraf hidup menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur;
 - b. bahwa pengembangan sistem jaminan sosial bagi masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan merupakan urusan wajib pemerintahan daerah melalui pengembangan sistem jaminan kesehatan daerah;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b membentuk Peraturan Walikota Tidore Kepulauan tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah;
- Mengingat :
1. Undang–Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 2. Undang–Undang Nomor 46 Tahun 1999 tentang Pembentukan Propinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 174, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3895);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Halmahera Utara, Halmahera Selatan, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Timur dan Kota Tidore Kepulauan di Propinsi Maluku Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4264);
4. Undang–Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
6. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
7. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

9. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
10. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
11. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);

16. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN DAERAH.**

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kota Tidore Kepulauan.
2. Walikota adalah Walikota Tidore Kepulauan.

3. Pemerintah Daerah adalah Walikota beserta perangkat daerah otonom lainnya sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
4. Perangkat daerah adalah unsur pembantu Kepala Daerah dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah yang terdiri dari Sekretariat Daerah, Sekretariat DPRD, Dinas Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Kecamatan, dan Kelurahan.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Tidore Kepulauan.
6. Sekretariat Daerah adalah Sekretariat Daerah Kota Tidore Kepulauan sebagai unsur staf yang membantu penyusunan kebijakan dan Koordinasi
7. Dinas adalah Dinas Daerah Kota Tidore Kepulauan sebagai unsur pelaksana urusan pemerintahan daerah.
8. Lembaga Teknis adalah Lembaga Teknis Daerah Kota Tidore Kepulauan yang mendukung tugas Kepala Daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan yang bersifat spesifik yang berbentuk Badan dan Kantor termasuk Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).
9. Unit Pelaksana Teknis Dinas selanjutnya disingkat UPTD, adalah unsur pelaksana tugas teknis/Lembaga Teknis Daerah.
10. Jaminan Kesehatan Daerah, selanjutnya disingkat JAMKESDA, adalah Jaminan Kesehatan pada masyarakat miskin dan tidak mampu, yang berkualitas dengan pendekatan terintegrasinya pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu.
11. Tim Koordinator adalah tim yang melaksanakan koordinasi penyelenggaraan JAMKESDA Kota Tidore Kepulauan yang melibatkan lintas sector dan pihak-pihak terkait.
12. Tim pengelola adalah tim yang melaksanakan program JAMKESDA Kota Tidore Kepulauan meliputi kegiatan-kegiatan manajemen kepesertaan, pelayanan dan keuangan.
13. Pelaksana Verifikasi adalah petugas yang melakukan kegiatan penilaian administrasi kepesertaan, pelayanan dan keuangan.
14. Pemberi pelayanan kesehatan disingkat PPK adalah unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pada peserta dalam penyelenggaraan program JAMKESDA yang terdiri dari Puskesmas dan jaringannya, Puskesmas Rawat INAP dan Rumah Sakit Daerah yang telah ditentukan.
15. Peserta program JAMKESDA adalah masyarakat miskin yang tidak mampu di Kota Tidore Kepulauan berdasarkan Surat Keputusan Walikota.

16. Dana JAMKESDA adalah dana milik seluruh peserta yang merupakan iuran peserta JAMKESDA yang dibebankan APBD Kota Tidore Kepulauan yang dikelola oleh pengelola JAMKESDA Kota Tidore Kepulauan.
17. Paket pemeliharaan kesehatan adalah kumpulan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pengelola JAMKESDA Kota Tidore Kepulauan untuk kepentingan peserta dalam rangka melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
18. Bantuan Iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi masyarakat miskin dan tidak mampu sebagai peserta JAMKESDA
19. Sistem Kapasitas adalah suatu sistem pembayaran kepada PPK dengan perhitungan berdasarkan jumlah peserta / bulan yang dibayar sebelum melaksanakan pelayanan.
20. Sistem Klaim adalah suatu sistem pembayaran kepada PPK berdasarkan pelayanan yang telah diberikan kepada peserta yang dibayarkan setelah melaksanakan pelayanan.
21. Indonesia Diagnosis Related Group (INA-DRG) adalah paket pelayanan berdasarkan diagnosa tanpa memperhitungkan lama hari rawat.
22. Rumah sakit yang menjadi rujukan adalah rumah sakit yang ditunjuk dan ada perjanjian kerjasama dengan pengelola JAMKESDA.
23. Pembiayaan secara terpadu adalah pembiayaan yang dikelola pada masing-masing PPK yaitu dinas kesehatan sebagai pengelola JAMKESDA, rumah sakit mengelola dana / biaya rujukan dan Puskesmas mengelola dana / biaya kapasitas.
24. Nirlaba adalah tidak mencari keuntungan.
25. Keterbukaan adalah data kepesertaan, pelayanan dan keuangan pengelolaannya dapat diakses oleh pihak yang memerlukannya.
26. Kehati-hatian adalah kepesertaan, pelayanan dan keuangan dikelola dengan hati-hati.
27. Akuntabilitas adalah administrasi pengelolaan kepesertaan, pelayanan keuangan yang dapat dipertanggungjawabkan.
28. Promotif adalah upaya untuk mempromosikan hidup sehat.
29. Prefentif adalah upaya untuk mencegah penyakit.
30. Kuratif adalah upaya pengobatan.
31. Dana amanat adalah dana milik seluruh peserta yang merupakan iuran peserta yang dibayarkan APBD yang diamanahkan untuk dikelola oleh pengelola JAMKESDA.

32. Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah yang dilakukan oleh pelaksana Verifikasi dengan mengaju pada standar penilaian klaim.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud diselenggarakannya Jaminan Kesehatan Daerah dalam rangka memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat kepada masyarakat yang pembiayaannya dikelola secara terpadu.

Pasal 3

Tujuan diselenggarakannya Jaminan Kesehatan Daerah untuk menjamin agar peserta dan/atau anggota keluarganya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 4

Dalam Peraturan Walikota ini ruang lingkupnya mengatur tentang pemeliharaan kesehatan orang miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah.

BAB IV PRINSIP PENYELENGGARAAN

Pasal 5

Jaminan Kesehatan Daerah diselenggarakan berdasarkan pada prinsip sebagai berikut :

- a. Nirlaba;
- b. Keterbukaan;
- c. Kehati-hatian;
- d. Akuntabilitas;
- e. Dana amanat; dan
- f. Dana Jaminan Kesehatan Daerah dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan dipergunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Pasal 6

JAMKESDA menjamin pemeliharaan kesehatan bagi peserta dengan pelayanan yang berkesinambungan, merata dan bermutu yang disusun dalam bentuk satu paket pemeliharaan.

BAB V KEPESERTAAN

Pasal 7

- (1) Jumlah sasaran peserta JAMKESDA disesuaikan dengan data yang dimutakhirkan setiap tahun.
- (2) Setiap warga miskin dan tidak mampu yang memiliki kartu JAMKESDA berhak mendapat pelayanan kesehatan JAMKESDA.

Pasal 8

Administrasi kepesertaan meliputi : registrasi, penerbitan, dan pendistribusian kartu peserta dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Data peserta JAMKESDA yang telah ditetapkan oleh Walikota selanjutnya menjadi database kepesertaan.
- b. Data setiap peserta meliputi antara lain :
 1. Nomor kartu tanda penduduk/surat keterangan pemerintah setempat.
 2. Nama kepala keluarga.
 3. Nama peserta.
 4. Jenis kelamin.
 5. Tempat dan tanggal lahir/umur.

BAB VI MANFAAT

Pasal 9

- (1) Peserta mendapat pelayanan kesehatan yang mencakup promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pemeriksaan penunjang lainnya dan obat-obatan.
- (2) Manfaat JAMKESDA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh sarana kesehatan milik pemerintah yang menjalin kerjasama dengan pengelola JAMKESDA.

BAB VII
PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 10

- (1) Setiap peserta JAMKESDA mendapat pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di PPK yang ditunjuk.
- (2) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dilaksanakan di Puskesmas dan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dilaksanakan di Rumah Sakit.
- (3) Pelayanan Rawat Inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah puskesmas Rawat Inap dan di ruang rawat inap kelas III (tiga) di rumah sakit yang mengadakan kerjasama dengan tim Pengelola JAMKESDA sebagai rumah sakit rujukan.
- (4) Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Pemerintah Daerah melalui Tim Pengelola JAMKESDA setelah di verifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) Pelayanan kesehatan RJTL di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta JAMKESDA yang disesuaikan dengan pelayanan JAMKESMAS.
- (6) Apabila dalam proses pelayanan terdapat kondisi yang memerlukan pelayanan khusus dengan diagnosa penyakit /prosedur yang belum tercantum dalam tarif dan paket yang disepakati sebagaimana dimaksud pada ayat (5) maka Kepala /Direktur Rumah Sakit memberi keputusan tertulis untuk penggunaan pelayanan tersebut setelah mendengarkan pertimbangan dan saran dari komite medik Rumah Sakit dan dilaporkan ke pengelola JAMKESDA agar ditetapkan tarifnya.
- (7) Semua kasus termasuk dengan diagnosa sederhana, dokter yang memeriksa harus mencantumkan nama jelas dan tanda tangan.
- (8) Untuk kasus dengan diagnosa yang kompleks harus dicantumkan nama dokter yang memeriksa, dengan disahkan komite medik Rumah Sakit.

- (9) Bantuan transportasi rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit Daerah dibebankan pada program JAMKESDA.
- (10) Verifikasi pelayanan Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit dilaksanakan oleh Petugas verifikasi JAMKESDA.

Pasal 11

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit rujukan yang telah mengadakan kerjasama dengan pengelola JAMKESDA bagi peserta sebagai berikut :

- a. Peserta merupakan pasien rujukan dari Puskesmas dan Puskesmas Rawat Inap.
- b. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah Sakit Rujukan peserta harus disertai surat rujukan yang ditandatangani oleh dokter /petugas pengirim yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergency.
- c. Pelayanan rujukan sebagaimana dimaksud pada huruf b, meliputi :
 - 1. Rawat jalan;
 - 2. Pelayanan rawat Inap kelas III;
 - 3. Pelayanan obat-obatan;
 - 4. Pelayanan penunjang diagnostic ;
 - 5. Pelayanan rujukan.
- d. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan tingkat lanjut di Rumah Sakit Daerah peserta harus menunjukkan kartu Jaminan Kesehatan Daerah/surat rekomendasi dari tim pengelola dan surat rujukan dari Puskesmas di Loker pusat pelayanan administrasi terpadu, Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah. Kelengkapan berkas peserta di verifikasi kebenarannya oleh petugas verifikasi. Bila berkas sudah lengkap, petugas verifikasi independen mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.
- e. Pada kasus-kasus tertentu yang dilayani di Instalasi Gawat Darurat (IGD) termasuk kasus gawat darurat di Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah peserta harus menunjukkan kartu peserta, KTP/KK di loket Pusat pelayanan administrasi terpadu Puskesmas Rawat Inap Dan Rumah Sakit Daerah. Bagi Pasien yang tidak dirawat prosesnya sama dengan proses rawat jalan, sebaliknya bagi yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap sebagaimana dimaksud pada huruf (d).
- f. Bila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta, KTP/KK sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2x24 jam hari kerja menunjukkan kartu tersebut.

Pasal 12

- (1) Pelayanan kesehatan di Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah meliputi Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III Rumah Sakit Daerah meliputi :
 1. Akomodasi rawat inap pada kelas III;
 2. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
 3. Tindakan medis;
 4. Pemberian obat;
 5. Bahan dan alat kesehatan habis pakai dan;
 6. Persalinan.

- (2) Pelayanan Gawat Darurat (Emergency).

Pelayanan yang tidak dijamin

 - a. Alat bantu dengar;
 - b. Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset);
 - c. Pelayanan penunjang diagnostik canggih;
 - d. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
 - e. Bahan, alat, dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
 - f. General Check Up;
 - g. Prothesis gigi tiruan;
 - h. Pengobatan alternatif (antara lain : akupunktur, pengobatan tradisional dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah);
 - i. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
 - j. Penyakit dan tindakan katastrofik (bedah jantung, HIV AIDS, HD);
 - k. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam.

Pasal 13

Jaminan kesehatan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis sesuai dengan standar pelayanan medis yang cost efektif dan rasional, bukan berupa uang tunai.

BAB VIII PENDANAAN

Pasal 14

- (1) Pendanaan program Jaminan Kesehatan Daerah berasal dari APBD dalam bentuk iuran yang dibayarkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

- (2) Pembayaran pada PPK TK I (Puskesmas dan jaringannya) dilakukan dengan sistem kapitasi oleh Dinas Kesehatan melalui pengelola JAMKESDA.
- (3) Besarnya kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat 2 (dua) diatas adalah Rp. 1.000 (seribu rupiah) per jiwa /bulan.
- (4) Pembayaran ke Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit sesuai dengan tarif yang telah ditentukan.
- (5) Pembayaran ke Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) di salurkan langsung dari dinas kesehatan melalui tim pengelola JAMKESDA ke rekening Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah sesuai dengan pengajuan klaim setelah dilakukan verifikasi oleh Tim Verifikator.

Pasal 15

- (1) Sumber dana berasal dari APBD Tahun Anggaran berkenaan.
- (2) Dana program dialokasikan untuk membiayai pelayanan kesehatan dan manajemen operasional program Jamkesda dengan rincian sebagai berikut :
 - a. Dana pelayanan kesehatan sebesar 85% dari iuran masyarakat miskin dan tidak mampu yang dibayarkan Pemerintah Daerah.
 - b. Dana manajemen operasional sebesar 15% dari iuran masyarakat miskin dan tidak mampu yang dibayarkan Pemerintah Daerah dengan rincian sebagai berikut :
 1. Administrasi kepesertaan;
 2. Koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program;
 3. Advokasi, sosialisasi;
 4. Monitoring dan evaluasi;
 5. Pembayaran honor, investasi dan operasional; dan
 6. Perencanaan dan pengembangan program.

Pasal 16

- (1) Prosedur pembayaran pelayanan kesehatan di Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit di lakukan setiap bulan sesuai dengan jumlah biaya yang di klaim. Pengajuan klaim dapat dilakukan setiap bulan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Klaim Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit diverifikasi oleh Tim Verifikasi dan selanjutnya diverifikasi oleh tim pengelola Jamkesda.

- b. Penerimaan klaim bagi Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan pada mekanisme kerja Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit.
- c. Puskesmas rawat inap dan rumah sakit memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit untuk jasa medik/pelayanan, bahan habis pakai, pemenuhan kebutuhan administrasi pendukung lainnya dan bukan dana retribusi dari pelayanan kesehatan, sehingga dana tersebut diharapkan tidak disetor ke kas daerah.
- d. Seluruh berkas dokumen pertanggung jawaban di simpan oleh Rumah Sakit dan akan di audit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional.
- e. Puskesmas Rawat Inap dan Rumah Sakit Daerah mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Pengelola JAMKESDA.
- f. Tim Pengelola Jamkesda melakukan rekapitulasi realisasi klaim yang nantinya akan disusun sebagai laporan.

Pasal 17

- (1) Pelaksana verifikasi di tetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Tugas Pelaksana Verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk melaksanakan penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai denan hak dan tanggung jawabnya.

BAB IX PENGORGANISASIAN, PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 18

- (1) Pengorganisasian dalam penyelenggarakan JAMKESDA terdiri dari Tim Koordinasi, dan Tim Pengelola yang ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Pemantauan dan evaluasi dilakukan oleh tim koordinasi dan tim pengelola.

BAB XI PENGADUAN

Pasal 19

- (1) Penyampaian keluhan atau pengaduan dapat disampaikan oleh peserta / masyarakat, petugas pemberi pelayanan kepada tim pengelola.

(2) Tim pengelola wajib menindaklanjuti keluhan / pengaduan tersebut.

Pasal 20

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Walikota ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur oleh Kepala Dinas.

Pasal 21

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tidore Kepulauan.

Ditetapkan di tidore
pada tanggal 12 maret 2010

WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN,

T t d

ACHMAD MAHIFA

Diundangkan di tidore
Pada tanggal 12 maret 2010

SEKERTARIS DAERAH
KOTA TIDORE KEPULAUAN,

T t d

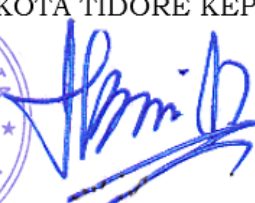
IBRAHIM MARADJABESSY

BERITA DAERAH KOTA TIDORE KEPULUAN TAHUN 2010 NOMOR 127.

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KOTA TIDORE KEPULAUAN,




BONITA SY MANGGIS, SH, M.Si
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19660110 199211 2 001

