



WALIKOTA BATAM
PROVINSI KEPULAUAN RIAU

PERATURAN WALIKOTA BATAM
NOMOR 56 TAHUN 2017

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN JAMKESDA DAN PESERTA BPJS KESEHATAN
BAGI FAKIR MISKIN DAN ORANG TIDAK MAMPU DI DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

WALIKOTA BATAM,

- Menimbang : bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah untuk Peserta BPJS Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu di Daerah maka, perlu menetapkan Peraturan Walikota Batam tentang Pedoman Pelaksanaan Jamkesda dan Peserta BPJS Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Kota Batam;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 151, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3902) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2008 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 107, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4880);
2. 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 5256);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5547) 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 55679);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA BATAM TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMKESDA DAN PESERTA BPJS KESEHATAN BAGI FAKIR MISKIN DAN ORANG TIDAK MAMPU DI KOTA BATAM.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah pusat, selanjutnya disebut Pemerintah, adalah Pemerintah Republik Indonesia.
2. Daerah adalah Kota Batam.
3. Walikota adalah Walikota Batam.
4. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Batam.
5. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Batam.
6. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Batam.
7. Dinas Sosial dan Pemberdayaan Masyarakat, yang selanjutnya disebut Dinsos dan PM adalah Dinas Sosial dan Pemberdayaan Masyarakat Kota Batam
8. Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil yang selanjutnya disebut Disduk dan Capil adalah Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Batam.
9. Dinas Pemberdayaan Perempuan yang selanjutnya disingkat DPPPAB adalah Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak Dan keluarga Berencana Kota Batam.
10. Lembaga Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disingkat LKS adalah organisasi sosial atau perkumpulan sosial yang melaksanakan penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang dibentuk oleh masyarakat, baik yang berbadan hukum maupun yang tidak berbadan hukum.

11. 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, termasuk orang terlantar.
12. Basis data terpadu, adalah sebuah system data yang berisikan nama, alamat, NIK dan keterangan data sosial ekonomi rumah juga, yang dikelola oleh Pemerintah.
13. Data Kemiskinan Daerah adalah semua data fakir miskin / tidak mampu di Kota Batam baik yang teregister BDT (Basis Data Terpadu) Pusat maupun yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Walikota Batam.
14. Orang Terlantar adalah seseorang yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan /atau keluarganya serta tidak mempunyai kartu identitas, tempat tinggal dan/atau pekerjaan.
15. 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.
16. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Jamkesda adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan oleh Pemerintah Daerah untuk penduduk Daerah sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota ini yang sumber pembiayaannya berasal dari APBD.
17. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
18. Penerima Bantuan Iuran yang selanjutnya disingkat PBI adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
19. Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, Pemerintah atau Pemerintah Kota kepada BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan.
20. 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.

21. Surat Keterangan Tidak Mampu, yang selanjutnya disingkat SKTM adalah surat keterangan yang dikeluarkan oleh Lurah yang menyatakan bahwa yang namanya disebutkan didalam surat itu adalah orang yang tidak mampu.
22. Pengelola pelaksana kegiatan program Jamkesda adalah pegawai Dinas kesehatan yang diangkat melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan selaku Pengguna Anggaran.
23. Bantuan adalah bantuan kepada masyarakat tidak mampu berupa biaya iuran, akomodasi dan transportasi pasien dan pendamping rujukan ke luar daerah dan atau bantuan bagi pemegang SKTM berupa biaya pelayanan kesehatan.
24. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut dengan Puskesmas adalah instansi kesehatan daerah yang mempunyai fasilitas kunjungan rawat jalan dan/atau rawat inap termasuk jaringannya.
25. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memberikan pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
26. Rumah sakit di luar Kota Batam adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan yang berada di luar Kota Batam yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
27. Pasien gizi buruk adalah pasien yang dinyatakan secara tertulis oleh dokter yang merawat sebagai pasien gizi buruk.
28. Pasien akibat POM Filariasis adalah pasien yang sesudah memakan obat Filariasis dan mengalami efek samping akibat memakan obat tersebut.
29. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) adalah kejadian medik yang berhubungan dengan imunisasi, baik berupa reaksi vaksin ataupun efek samping, toksisitas, reaksi sensitivitas, efek farmakologis; atau kesalahan program, koinsidensi, reaksi suntikan, atau hubungan kausal yang tidak dapat ditentukan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Bagian Kesatu Maksud

Pasal 2

Peraturan WaliKota ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman dan prosedur guna mengatur pelaksanaan pemberian bantuan biaya iuran BPJS Kesehatan dan bantuan biaya transportasi dan /atau

akomodasi di/keluar daerah dan bantuan biaya pelayanan kesehatan bagi orang tidak mampu, di Daerah terlantar, fakir miskin dan Kasus pasien tertentu (Gizi buruk, POM Filariasis, KIPI) di Daerah yang dibiayai melalui APBD.

Bagian Kedua
Tujuan

Pasal 3

Tujuan pemberian bantuan iuran kepesertaan BPJS Kesehatan, bantuan transportasi dan akomodasi serta bantuan biaya pelayanan kesehatan adalah terwujudnya jaminan kesehatan daerah yang optimal

BAB III
SASARAN DAN MANFAAT

Bagian Kesatu
Sasaran

Pasal 4

Sasaran Penerima Bantuan adalah :

1. Fakir miskin dan orang tidak mampu yaitu :
 - a. fakir miskin dan orang tidak mampu yang memiliki Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga Daerah yang telah teregister sebagai Penerima Bantuan iuran yang ditetapkan dalam Keputusan Walikota; dan
 - b. fakir miskin dan orang tidak mampu yang memiliki Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga Daerah yang belum teregister dan memiliki Surat Keterangan Tidak Mampu dari Kelurahan Setempat.
2. Penduduk Daerah yang mengalami gizi buruk dan memerlukan bantuan pelayanan kesehatan yang dibuktikan dengan surat keterangan dari dokter yang merawat;
3. Masyarakat Daerah akibat dari pengobatan massal filariasis selama 5 (lima) tahun atau selama jangka waktu tertentu sesuai perundang-undangan yang dibuktikan dengan surat keterangan dari dokter yang merawat;
4. Penghuni rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan yang dibuktikan dengan surat keterangan dari Kepala Rutan dan Lapas;
5. Pasien dengan penyakit jiwa/ kelainan jiwa yang dinyatakan oleh dokter yang merawatnya;
6. Pasien kejadian ikutan pasca immunisasi (kipi) yang dinyatakan oleh dokter yang merawatnya tanpa diikuti oleh penyakit lainnya; dan

7. Gelandangan dan/atau kelainan jiwa yang dinyatakan dengan surat keterangan dari Dinas Sosial dan Pemberdayaan Masyarakat.

Bagian Kedua Manfaat

Pasal 5

- (1) Manfaat dari program BPJS Kesehatan Daerah adalah :
 - a. setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan;
 - b. manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis;
 - c. manfaat medis sebagaimana dimaksud pada huruf b tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan;
 - d. manfaat non medis sebagaimana dimaksud pada huruf b meliputi manfaat akomodasi dan ambulans;
 - e. manfaat akomodasi sebagaimana dimaksud pada huruf d ditentukan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan; dan
 - f. ambulans sebagaimana dimaksud pada huruf d hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Pasal 6

- (1) Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a angka 1 memenuhi kriteria sebagai berikut:
 - a. tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
 - b. tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali puskesmas atau yang disubsidi pemerintah;
 - c. mempunyai dinding rumah terbuat dari bambo/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik /kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang / berlumut atau tembok tidak dilester;

- d. kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/ kualitas rendah;
 - e. atap terbuat dari ijuk /rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/ kualitas rendah; dan atau
 - f. usulan peserta PBI daerah dari BPJS kesehatan yang telah diverifikasi dan validasi oleh Dinsos dan PM.
- (2) Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berdasarkan Data Kemiskinan Daerah;
- (3) Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister sebagaimana dimaksud pada ayat (1) apabila memiliki anggota keluarga yang belum teregister sebagai penerima bantuan iuran, maka secara otomatis masuk ke dalam Penerima Bantuan Iuran Jamkesda;
- (4) Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a angka 2 dapat dimasukkan ke dalam Penerima Bantuan Iuran dengan ketentuan diverifikasi dan validasi oleh Lurah, Camat, dan Dinsos dan PM;
- (5) Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (1) huruf a angka 2, terdiri atas :
- a. gelandangan;
 - b. pengemis;
 - c. perseorangan dari komunitas adat terpencil;
 - d. perempuan rawan sosial ekonomi;
 - e. korban tindak kekerasan;
 - f. pekerja migran bermasalah sosial;
 - g. masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan satu (1) tahun dalam kejadian bencana;
 - h. perseorangan penerima manfaat lembaga kesejahteraan sosial;
 - i. penghuni rumah tahanan/ lembaga pemasyarakatan daerah; dan
 - j. penderita kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI).
- (7) Lembaga Kesejahteraan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (5) yaitu:
- a. panti sosial;
 - b. Rumah Singgah;
 - c. Rumah Perlindungan Sosial Anak;
 - d. Lembaga Perlindungan Sosial Anak;

- e. Panti/balai rehabilitasi sosial;
- f. Taman Anak Sejahtera/Tempat Penitipan Anak Miskin;
- g. Rumah Perlindungan atau Trauma Centre; atau
- h. Nama lain yang sejenis.

(8) Dalam hal fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister sebagaimana dimaksud pada ayat (5), diproses melalui mekanisme perubahan dengan pembuktian keabsahan kepesertaan sebagai berikut:

- a. untuk gelandangan, pengemis, perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial, perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil, perempuan rawan sosial ekonomi, korban tindak kekerasan, dan pekerja migran bermasalah sosial dengan surat rekomendasi dari Dinsos dan PM;
- b. penghuni rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan dengan surat rekomendasi dari Kepala Lembaga Permasyarakatan /Kepala Rumah Tahanan setempat;
- c. Penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu identitas seperti KTP, kartu keluarga dan lain-lain;
- d. Bagi keluarga peserta Program Keluarga Harapan (PKH), cukup dengan kartu PKH. sedangkan bagi anggota keluarga disamping membawa kartu PKH dilengkapi dengan kartu keluarga atau keterangan dari pendamping;
- e. Bagi penerima Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM), cukup dengan kartu perlindungan sosial;
- f. Bagi perseorangan penerima program beras miskin menggunakan kartu perlindungan sosial; dan
- g. Masyarakat miskin akibat korban bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat berdasarkan Keputusan Walikota.

(9) Mekanisme perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Pengurangan data fakir miskin dan orang tidak mampu yang tercantum sebagai Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan karena tidak lagi memenuhi kriteria; dan
- b. Penambahan data fakir miskin dan orang tidak mampu untuk dicantumkan sebagai Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan karena memenuhi kriteria.

BAB IV
SUMBER DANA

Pasal 7

Anggaran Program Jaminan Kesehatan Daerah bersumber dari APBD Kota Batam melalui kegiatan Pelayanan Kesehatan Bagi penduduk miskin/desa tertinggal.

BAB V
PROSES DAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN
KESEHATAN

Pasal 8

Pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu, dilaksanakan sebagai berikut:

- a. untuk pertama kali setiap peserta BPJS Kesehatan Jamkesda didaftarkan ke BPJS Kesehatan;
- b. BPJS Kesehatan mendaftarkan peserta pada satu Fasilitas Kesehatan tingkat pertama/puskesmas yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan;
- c. peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pertama tempat peserta terdaftar;
- d. dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf c tidak berlaku bagi peserta yang berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar atau dalam keadaan kegawatdaruratan; dan
- e. dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistim rujukan yang diatur oleh BPJS Kesehatan.

Pasal 9

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi :

1. Semua fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Semua fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 10

- (1) Pasien terlantar ditanggung dengan Jamkesda setelah mendapat Surat Keterangan dari Dinsos dan PM.

- (2) Jika dikemudian diketahui bahwa pasien terlantar ternyata bukan termasuk fakir miskin dan / orang tidak mampu maka tanggungan jamkesda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibatalkan oleh Dinsos dan PM atas usulan dari Dinas Kesehatan.
- (3) Surat pembatalan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan ke Rumah sakit dan ditembuskan ke Dinas Kesehatan dan kepada pasien.

Pasal 11

- (1) Orang Miskin atau Orang Tidak Mampu yang mengalami gizi buruk, kejadian ikutan pasca immunisasi (kipi) dan filariasis yang belum terdaftar sebagai pasien BPJS Kesehatan dapat dibantu pembiayaan, pengobatan/ penyembuhannya oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Orang Miskin atau Orang Tidak Mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menyerahkan SKTM kepada petugas yang memberikan pelayanan.

BAB VI PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN JAMKESDA NON BPJS

Pasal 12

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan Jamkesda non BPJS sebagai berikut :

1. Pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan Jaringannya untuk mendapat pelayanan selanjutnya menyerahkan surat keterangan tidak mampu (SKTM) /surat keterangan dari institusi terkait.
2. Pada kasus tertentu pasien dapat dirujuk ke RSUD Embung Fatimah, Rumah Sakit Badan Pengusahaan/RSOB dan Rumah Sakit Swasta Yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (tarif Kelas tiga) dengan membawa surat Rujukan dari puskesmas kecuali dalam keadaan darurat dan atau *emergency*.
3. Untuk kasus kronis yang memerlukan perawatan berkelanjutan surat rujukan dapat berlaku selama 1 (satu) bulan.
4. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di rumah sakit, masyarakat harus menunjukkan SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas, kemudian pasien mengajukan permohonan Surat Jaminan Pelayanan

(SJP) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan.

5. Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di rumah sakit setelah mendapatkan surat perintah masuk rawat dari dokter yang memeriksa, pasien mengajukan permohonan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) rawat inap yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan.
6. Pada kasus-kasus gawat darurat yang dilayani di UGD Rumah Sakit, pasien tidak perlu membawa/menunjukkan surat rujukan, petugas Rumah sakit akan mengeluarkan Surat Keterangan Masuk UGD dan kemudian peserta mengajukan permohonan Surat Jaminan Pelayanan UGD kepada Dinas Kesehatan dengan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan sebagai jaminan pelayanan. Bagi pasien yang rawat inap proses administrasi sama dengan proses rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (5).
7. Untuk mendapatkan pelayanan rujukan keluar Kota pasien harus memiliki surat rujukan dari Rumah Sakit Tipe B yang ada di Daerah, setelah mendapatkan surat rujukan pasien/keluarga pasien melapor ke Dinas Kesehatan dengan membawa identitas fotocopy peserta, fotocopy SKTM dan fotocopy surat rujukan, peserta akan mendapatkan surat pengantar rujukan dan keterangan tentang pelayanan yang dijamin di rumah sakit tempat dirujuk; dan
8. Untuk memperoleh Surat Jaminan Pelayanan (SJP) harus diurus oleh keluarga pasien yang bersangkutan ke Dinas Kesehatan .

BAB VII PELAYANAN KESEHATAN YANG DIJAMIN

Pasal 13

- (1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dijamin meliputi :
 - a. administrasi pelayanan;
 - b. pelayanan promotif dan preventif;
 - c. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - f. tranfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
 - g. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama; dan
 - h. rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.

- (2) Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup :
- a. Rawat jalan yang meliputi :
 1. administrasi pelayanan;
 2. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan sub spesialis;
 3. tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 4. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 5. pelayanan alat kesehatan inflan;
 6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. rehabilitasi medis;
 8. pelayanan darah;
 9. pelayanan kedokteran forensik; dan
 10. pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan;
 - b. Rawat inap Kelas III yang meliputi :
 1. perawatan inap non intensif; dan
 2. perawatan inap di ruang intensif

BAB VIII PELAYANAN KESEHATAN YANG TIDAK DIJAMIN

Pasal 14

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin adalah sebagai berikut:

- a. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. pelayanan kesehatan yang dilakukan difasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kecuali untuk kasus gawat darurat;
- c. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan atau hubungan kerja;
- d. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
- e. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetic;
- f. pelayanan kesehatan untuk mengatasi infertilitas;
- g. pelayanan meratakan gigi;
- h. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
- i. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;

- j. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shinshe, chiropractic, yang belum di nyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- k. pengobatan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan;
- l. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu;
- m. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- n. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/ wabah; dan
- o. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungannya dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

BAB IX
TATA LAKSANA PENDANAAN DAN PERTANGGUNG
JAWABAN BIAYA TRANSPORTASI DAN AKOMODASI
PASIEAN DAN PENDAMPING

Pasal 15

Besaran bantuan yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah untuk pasien yang dirujuk ke rumah sakit di Daerah maupun ke luar Daerah, adalah sebagai berikut:

- a. Biaya transportasi pulang-pergi untuk 1 (satu) orang pasien dan 1 (satu) orang pendamping, dimana besaran biaya transportasi disesuaikan dengan SSH (Standar Satuan Harga) yang ditetapkan oleh Walikota;
- b. Biaya transportasi pulang-pergi untuk 2 (dua) orang diluar tiket pesawat dari rumah ke bandara dan ke rumah sakit adalah Rp. 400.000 (empat ratus ribu rupiah);
- c. Biaya makan/minum rujukan rawat jalan untuk 1 (satu) orang pasien dan 1 (satu) orang pendamping adalah sebesar Rp. 50.000 (lima puluh ribu rupiah) per orang per hari maksimum 3 (tiga) bulan pada tahun yang bersangkutan;
- d. Biaya makan/minum rujukan rawat jalan inap untuk 1 (satu) orang pendamping Rp.50.000 (lima puluh ribu rupiah) per orang per hari maksimum 3 (tiga) bulan pada tahun yang bersangkutan; dan
- e. Biaya transportasi bagi pasien meninggal dunia yang kembali ke Kota Batam dibayar sesuai dengan SSH (Standar Satuan Harga) yang diatur oleh Walikota.

Pasal 16

Pertanggungjawaban penggunaan biaya transportasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 bersifat *adcost* (biaya riil) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB X

PERSYARATAN DAN TATA CARA PEMBAYARAN TRANSPORTASI RUJUKAN PASIEN KE LUAR KOTA

Pasal 17

- (1) Persyaratan untuk mendapatkan pembayaran biaya transportasi ke rumah sakit di luar Daerah bagi pasien wajib didukung data-data sebagai berikut :
 - a. copy kartu BPJS Kesehatan / SKTM atau surat keterangan dari instansi terkait.
 - b. copy rujukan dari pelayanan pertama/dasar.
 - c. Copy rujukan dari pelayanan lanjutan / Rumah sakit (rujukan berjenjang);
 - d. copy surat pengantar rujukan ke rumah sakit yang dituju; dan
 - e. rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan .
- (2) Pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan langsung kepada pasien/pendamping.

Pasal 18

Pemerintah Daerah dapat memberikan bantuan transportasi rujukan kepada pasien peserta JKN KIS PBI Pusat dengan mengacu kepada ketentuan yang sama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14.

BAB XI

PERUBAHAN DATA PESERTA BPJS JAMKESDA

Pasal 19

- (1) Dinas Kesehatan menyampaikan tembusan pencabutan kepesertaan PBI daerah sebagai perubahan data pengurangan Peserta BPJS Kesehatan kepada Dinsos dan PM dan lurah terkait.
- (2) Dinsos dan PM menyampaikan rekomendasi perubahan data berupa penambahan peserta BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Lurah.
- (3) Setelah data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diperoleh, selanjutnya Dinsos dan PM dan Dinas Kesehatan melakukan rekonsiliasi data BDT daerah.

- (4) Berdasarkan data sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Bidang Sumber Daya Kesehatan pada Dinas Kesehatan menyiapkan nota dinas usulan penetapan Keputusan Walikota yang ditandatangani oleh kepala dinas kesehatan atas nama Walikota.
- (5) Dinas Kesehatan menyampaikan dan mengkoordinasikan Keputusan Walikota sebagaimana dimaksud pada ayat (4) kepada
 - a. Walikota;
 - b. Wakil walikota;
 - c. Sekretaris Daerah;
 - d. Kepala Dinas Sosial; dan
 - e. Kepala BPJS Kesehatan.

BAB XII BESARAN IURAN PENERIMA BIAYA IURAN EPJS KESEHATAN DAERAH

Pasal 20

- (1) Iuran bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Besaran iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah mengacu kepada besaran iuran yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (4) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibayar kepada BPJS Kesehatan.

BAB XIII PEMBINAAN, MONITORING EVALUASI

Pasal 21

Pembinaan, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan Jamkesda dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

BAB IV PEMBAYARAN KLAIM RUMAH SAKIT

Pasal 22

- (1) Pembayaran klaim pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan dibayarkan dalam 1 (satu) Tahun anggaran berjalan.

- (2) Pembayaran pelayanan kesehatan tahun sebelumnya atas tagihan atau klaim yang diterima pada tahun berjalan dapat dibayarkan setelah dinas kesehatan mengakui sebagai hutang dilaporan keuangan.
- (3) pembayaran pelayanan kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) dapat dianggarkan kembali pada tahun anggaran berikutnya.

BAB V KETENTUAN PENUTUP

Pasal 23

Dengan ditetapkannya Peraturan ini, maka Peraturan Walikota Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Pelaksanaan Jamkesda dan Peserta BPJS Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Kota Batam (Lembaran Daerah Kota Batam Tahun 2015 Nomor 400) dan Peraturan Walikota Batam no 9 tahun 2017 tentang Pedoman Pelaksanaan Jamkesda dan Peserta BPJS Kesehatan Bagi Fkir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Kota Batam tahun 2017 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

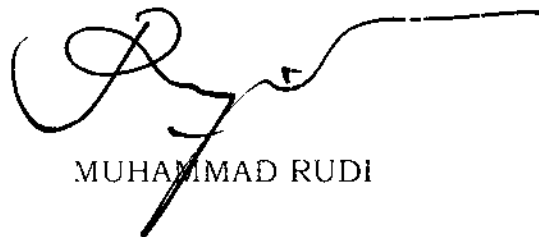
Pasal 24

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatan dalam Berita Daerah .

Ditetapkan di Batam
Pada tanggal 6 Oktober 2017

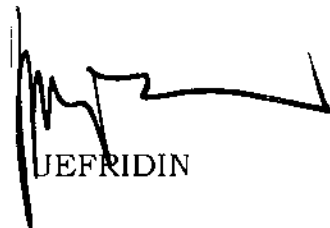
WALIKOTA BATAM



MUHAMMAD RUDI

Diundangkan di Batam
Pada tanggal 6 Oktober 2017

SEKRETARIS DAERAH



JEFRIDIN

BERITA DAERAH KOTA BATAM TAHUN 2017 NOMOR 563