



BUPATI BANDUNG BARAT
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT
NOMOR 57 TAHUN 2023
TENTANG
PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
BAGI FAKIR MISKIN DAN ORANG TIDAK MAMPU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANDUNG BARAT,

- Menimbang : a. bahwa setiap Warga Negara Indonesia berhak atas jaminan kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan;
- b. bahwa jaminan dan pelayanan kesehatan yang diintegrasikan dalam Jaminan Kesehatan Nasional belum mencakup seluruh penduduk Kabupaten Bandung Barat, sehingga perlu dilakukan penjaminan kesehatan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat melalui Pembiayaan pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar Tanggungan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional dan Diluar Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Mandiri;
- c. bahwa Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 2 Tahun 2022 tentang Program Jaminan Kesehatan Daerah, dipandang sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan hukum dan kebutuhan masyarakat sehingga perlu diganti dengan peraturan yang baru;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Rujukan Bagi Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu;
- Mengingat : 1. 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), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);

2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Bandung Barat di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4688);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
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) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
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 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan atas

- Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
8. Peraturan Presiden Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Peta Jalan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan dan Bidang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 159);
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 210/ Menkes/ Per/ I/ 2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/ Menkes/ Per/ V/ 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2562/ Menkes/ PER/ XII/ 2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs);
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
 14. Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 Tentang Persyaratan Dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1542);
 15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2020 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan anggaran daerah belanja tahun 2021(berita negara Republik Indonesia Tahun 2020 nomor 888);
 16. Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 1 Tahun 2016 tentang Kebijakan Umum Integrasi Program Jaminan Kesehatan Daerah Kedalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1986);
 17. Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 41 Tahun 2021 tentang Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Daerah (Berita Daerah Provinsi Jawa Barat Tahun 2021 Nomor 41);
 18. Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 2 Tahun 2022 tentang Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Rujukan Bagi Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu Di Luar Tanggungan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2022 Nomor 2 Seri E);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN BAGI FAKIR MISKIN DAN ORANG TIDAK MAMPU.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu
Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Bandung Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Bandung Barat.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Rujukan adalah rumah sakit yang ditetapkan menjadi rujukan sebagai komponen dalam sistem pelayanan kesehatan.
6. Rumah Sakit Mitra adalah Rumah Sakit Rujukan yang berada di dalam dan diluar wilayah Kabupaten Bandung Barat yang mengadakan perjanjian kerjasama dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat Tentang program pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diluar tanggungan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan nasional (PBI- JKN).
7. Desa adalah desa dan desa adat atau yang disebut dengan nama lain, selanjutnya disebut Desa, adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
8. Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu atau SLRT adalah sistem layanan yang mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan fakir miskin dan orang tidak mampu serta melakukan rujukan kepada pengelola program penanganan fakir miskin dan orang tidak mampu di pusat dan daerah
9. Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan penanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan
10. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang memiliki risiko meninggalnya bayi, ibu atau melahirkan bayi cacat atau terjadi komplikasi kehamilan, yang lebih besar dari risiko pada wanita normal umumnya
11. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran placenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam

12. Persalinan bedah sesar termasuk dalam persalinan buatan yaitu pengeluaran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. tindakan ini dipertimbangkan sebagai bedah abdomen mayor
13. Komplikasi persalinan merupakan keadaan yang mengancam jiwa ibu atau janin karena gangguan akibat (langsung) dari persalinan.
14. Komplikasi nifas adalah keadaan abnormal pada masa nifas yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas
15. Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital
16. Fakir Miskin dan orang tidak mampu adalah masyarakat yang sesuai dengan kriteria yang ditentukan dalam Basis Data Terpadu/Data Terpadu Kesejahteraan Sosial dan ditetapkan oleh Perangkat Daerah yang menjalankan urusan pemerintahan di Bidang Sosial yang menjadi sasaran program pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diluar tanggungan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan nasional.
17. Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar yang selanjutnya disingkat PGOT adalah seorang yang hidup tidak menentu dengan atau tanpa penghasilan dan tempat tinggal sehingga hidup tidak sesuai dengan norma kehidupan yang layak didalam masyarakat
18. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan /atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagaimana manusia.
19. Kartu Keluarga adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang nama, susunan dan hubungan dalam keluarga, serta identitas anggota keluarga.
20. Kartu Tanda Penduduk Elektronik yang selanjutnya disingkat KTP-el adalah kartu tanda penduduk yang dilengkapi cip yang merupakan identitas resmi penduduk sebagai bukti diri yang diterbitkan oleh Instansi Pelaksana.
21. Nomor Induk Kependudukan yang selanjutnya disingkat NIK adalah nomor Identitas Penduduk yang bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai Penduduk Indonesia.
22. Basis Data Terpadu yang selanjutnya disebut Data BDT adalah Data masyarakat miskin yang ada pada perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Sosial Kabupaten Bandung Barat.
23. Data Terpadu Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disebut Data DTKS adalah Data masyarakat

miskin yang ada pada perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Sosial Kabupaten Bandung Barat.

24. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
25. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah program jaminan kesehatan bagi masyarakat bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi Masyarakat Miskin yang meliputi sangat miskin, miskin, dan mendekati miskin.
26. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat PBI-JKN adalah Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagai peserta jaminan kesehatan nasional.
27. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut PPK adalah institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta program pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diluar tanggungan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan nasional berdasarkan suatu Perjanjian Kerjasama.
28. Permintaan/pembayaran/Tagihan adalah suatu cara pembayaran kepada PPK berdasarkan pelayanan yang telah diberikan kepada peserta yang dibayarkan setelah melaksanakan pelayanan
29. Pelayanan Kesehatan adalah salah satu pelayanan publik berupa upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.
30. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut adalah upaya pelayanan Kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spaesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjut, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
31. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu.
32. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
33. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD, adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
34. Rawat Jalan Tingkat Pertama, yang selanjutnya disingkat RJTP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum dan dilaksanakan pada Puskesmas

untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan dan atau pelayanan kesehatan lainnya

35. Rawat Jalan Tingkat Lanjut, yang selanjutnya disingkat RJTL adalah Pelayanan Kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik dan sub spesialisik yang dilaksanakan oleh pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai rujukan dari pemberi pelayanan tingkat pertama, untuk keperluan observasi, diagnostik, pengobatan, rehabilitasi medis dan atau pelayanan medis lainnya.
36. Rawat Inap Tingkat Lanjut yang selanjutnya disingkat RITL adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik dan sub spesialisik yang dilaksanakan oleh pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjut, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling sedikit 1 (satu) hari.
37. Keadaan gawat darurat adalah keadaan yang memerlukan pertolongan segera dengan tepat, cermat, cepat untuk mencegah kematian atau kecacatan.
38. Surat Keterangan Tidak Mampu yang selanjutnya disingkat SKTM adalah surat keterangan yang menyatakan bahwa masyarakat tersebut termasuk Masyarakat Miskin atau tidak mampu yang dikeluarkan oleh Desa dan di legalisasi oleh Kecamatan.
39. Rekomendasi Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan adalah rekomendasi untuk memastikan pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Maksud dan Tujuan

Pasal 2

Pengaturan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri dimaksudkan untuk memberikan pembiayaan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu, di Daerah agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Pasal 3

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah :

- a. memberikan kepastian hukum tentang pelaksanaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri; dan
- b. memberikan pedoman teknis bagi penyelenggara pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri

Bagian Ketiga

Sasaran

Pasal 4

- (1) Sasaran penerima pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar

tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri diberikan kepada setiap Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan seperti:

- a. PBI-JKN dari APBN;
 - b. PBI-JKN dari APBD;
 - c. BPJS Mandiri Aktif/Tidak Aktif maupun Asuransi Kesehatan lainnya.
- (2) Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersumber dari data yang ditentukan oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial melalui DTKS.
 - (3) Pembiayaan pelayanan kesehatan ODGJ dan yang tidak memiliki identitas kependudukan sehingga tidak dapat didaftarkan sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
 - (4) Pembayaran pelayanan kesehatan masyarakat yang jenis manfaat/pelayanan kesehatannya tidak ditanggung oleh program JKN, seperti Manfaat komplementer lainnya yang tidak dijamin dalam manfaat JKN sesuai dengan kemampuan Pemerintah Daerah.

BAB II

PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 5

Pemerintah Daerah memberikan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di luar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang memerlukan tindakan medis

Pasal 6

- (1) Program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 diberikan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan DTKS pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
- (2) Penerbitan Program pembiayaan Pelayanan Kesehatan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Diluar Tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:
 - a. Sosialisasi;
 - b. Inventarisasi calon penerima program pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri;
 - c. Verifikasi dan validasi data calon penerima program pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di luar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri melalui DTKS pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial;

- d. Penetapan peserta DTKS melalui surat rekomendasi pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial yang ditandatangani oleh petugas Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial dan Kecamatan setempat;
 - e. Pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri dikelola oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Dalam hal Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang tidak tercatat dalam DTKS dapat diberikan pelayanan kesehatan setelah mendapatkan surat keterangan Desa dan Kecamatan dan ditandatangani oleh petugas Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial.
 - (4) Alur dan Bentuk pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 7

- (1) Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri diberikan oleh PPK meliputi Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan lanjutan.
- (2) PPK selain yang ditetapkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri tidak dapat diganti pembiayaannya.
- (3) Penggantian biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan oleh Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 8

- (1) Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri meliputi RJTL dan RITL.
- (2) RJTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan pada poliklinik rumah sakit, pada Pasien pasca rawat inap yang perlu dilakukan kontrol medik ke poliklinik berlaku 1 (satu) kali kunjungan;
- (3) RITL sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III untuk RSUD atau kelas III untuk Rumah Sakit Mitra selain RSUD, meliputi:
 - a. Akomodasi rawat inap;
 - b. konsultasi dan pemeriksaan medis;
 - c. pemeriksaan penunjang diagnostik, meliputi:

1. laboratorium klinik dan PA
 2. radiologi dan elektromedik.
 - d. tindakan medis;
 - e. pelayanan rehabilitasi medis;
 - f. pemberian obat dan mengacu Formularium Nasional;
 - g. pelayanan transfusi darah; dan
 - h. transportasi rujukan sesuai indikasi medis;
 - i. Rawat Inap pada Ruang ICU, Ruang ICCU, Ruang PICU dan Ruang Nicu Rumah Sakit Tipe A, B dan C.
- (4) Jenis pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI- JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri, meliputi:
- a. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Mandiri dengan Status Aktif atau berstatus Non Aktif karena menunggak Iuran
 - b. Pelayanan Rawat Jalan ke Poliklinik dengan rujukan atau tanpa rujukan
 - c. pelayanan penyakit jantung yang memerlukan tindakan operasi;
 - d. pelayanan khemoterapi;
 - e. pelayanan hemodialisa ;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik canggih seperti MRI, Endoscopy,USG Mandiri
 - g. kacamata;
 - h. alat bantu dengar;
 - i. alat bantu gerak;
 - j. pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh (*Medical Check-Up*);
 - k. pelayanan yang bertujuan untuk kosmetika;
 - l. pelayanan yang bertujuan untuk reproduksi anak;
 - m. pelayanan kesehatan yang tidak berdasarkan indikasi medis;
 - n. Kejadian sakit atau penyakit akibat bencana alam seperti gempa bumi, banjir, tanah longsor;
 - o. kejadian luar biasa;
 - p. pembersihan karang gigi dan usaha meratakan gigi;
 - q. *prosthesis* gigi tiruan;
 - r. *toiletteries*, susu, obat gosok dan lain-lain;
 - s. pengobatan alternatif (akupunktur dan pengobatan tradisional);
 - t. ketergantungan obat, alkohol;
 - u. sakit yang disebabkan karena mengkonsumsi minuman beralkohol, narkotika, dan obat terlarang lainnya;
 - v. biaya obat di luar obat dan di luar Formularium Nasional;
 - w. imunisasi ibu hamil dan bayi;
 - x. pemeriksaan test HIV pada ibu hamil
 - y. cacat bawaan sejak lahir seperti bibir sumbing, *downsindrom*, kelainan jantung bawaan,
 - z. autopsi dan *visum et repertum*;
 - aa. upaya bunuh diri;

- bb. pelayanan pemeriksaan Ibu Hamil normal (ANC danan PNC), Persalinan Normal ke Rumah Sakit atas Permintaan Sendiri dan KB;
 - cc. pemulasaraan jenazah;
 - dd. pemeriksaan Swab Antigen dan PCR
 - ee. Surat Keterangan Sehat;
 - ff. pemeriksaan calon pengantin;
 - gg. pemeriksaan calon jemaah haji; dan
 - hh. pelayanan kesehatan lainnya yang merupakan jaminan dari badan penyelenggara lain seperti kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas yang dijamin oleh Jasa Raharja, BPJS Ketenaga Kerjaan dan BPJS Kesehatan.
- (5) Dalam hal pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus diberikan, PPK wajib menginformasikan kepada pasien sebelum memberikan pelayanan yang tidak dijamin dan pelayanan yang dibatasi.

Pasal 9

- (1) Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri, dilakukan pada Rumah Sakit yang mengadakan kerjasama dengan Pemerintah Daerah atau disebut Rumah Sakit Mitra
- (2) Penunjukkan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus berdasarkan perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan Pemerintah Daerah.
- (3) Rumah Sakit Mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan Rumah Sakit Rujukan.

Pasal 10

- (1) Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri diberikan pelayanan dengan fasilitas perawatan kelas III.
- (2) Selain diberikan pelayanan dengan fasilitas perawatan kelas III, Pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin diluar tanggungan PBI- JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri dilakukan dengan:
 - a. menggunakan obat generik; dan
 - b. tindakan medis dan pemeriksaan penunjang yang diberikan hanya yang diperlukan sesuai dengan indikasi medis.

BAB III PERSYARATAN

Pasal 11

Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar tanggungan PBI-JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri dapat dilayani di Rumah Sakit Mitra yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.

Pasal 12

- (1) Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang memerlukan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit harus menyertakan/melampirkan:
 - a. Fotokopi KTP;
 - b. Fotokopi Kartu Keluarga;
 - c. Surat Keterangan Terdaftar pada DTKS dari Dinas Sosial
 - d. Surat Keterangan Tidak Aktif Kepesertaan BPJS Kesehatan PBI-APBN, PBPUPU dan BP P-Care Puskesmas
 - e. Buku KIA (bagi ibu hamil risiko tinggi dan yang akan melahirkan)
 - f. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM)
 - g. Surat Rujukan dari Puskesmas dan/atau Surat Keterangan Dirawat dan Diagnosa Penyakit;
 - h. Tagihan Biaya sementara bila sudah masuk Rumah Sakit;
 - i. Foto Rumah dan Foto Pasien diketahui Ketua Rukun Tetangga, Ketua Rukun Warga dan Kepala Desa;
 - j. Surat Pernyataan diatas materai yang menyatakan sanggup membayar sisa pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.
- (2) Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang memerlukan pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit menunjukkan Surat Keterangan Terdaftar dalam DTKS dan/atau sedang dalam proses pengajuan DTKS, harus mendapat pengesahan dari Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Sosial.
- (3) SKTM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, diperoleh dari Desa yang dilegalisasi oleh Kecamatan dan disetujui oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Sosial.

Pasal 13

- (1) Dalam hal Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu perlu dirujuk ke Rumah Sakit, Puskesmas harus menerbitkan surat rujukan yang ditunjukkan kepada Rumah Sakit Mitra.
- (2) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan menyatakan persetujuan Pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang disahkan dalam ~~Romendasi~~ rekomendasi Dinas Kesehatan dengan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) huruf a sampai huruf j, diperlukan untuk, rawat jalan tindak lanjut pasca perawatan; atau rawat inap.
- (3) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan untuk mengeluarkan pernyataan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus terlebih dahulu memeriksa kelengkapan dokumen persyaratan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Fakir

Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri.

Pasal 14

- (1) Pengesahan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan untuk rawat jalan tindak lanjut pasca perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (2), berlaku paling lama 1 (satu) kali pembiayaan.
- (2) Rekomendasi Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (2), berlaku untuk 1 (satu) kali perawatan.

Pasal 15

- (1) Pemenuhan persyaratan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Diluar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) paling lambat 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam sejak masuk perawatan.
- (2) Batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung pada hari kerja.
- (3) Dalam hal batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri belum dapat menunjukkan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1), maka jaminan pelayanan kesehatan dapat diberikan sejak terbitnya surat rekomendasi dari Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan.

Pasal 16

- (1) Berkas kelengkapan persyaratan pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri akan diverifikasi oleh verifikator independen yang telah melakukan kerjasama dengan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di Bidang Kesehatan.
- (2) Berkas kelengkapan persyaratan pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri khusus ibu hamil komplikasi dan ibu bersalin dengan komplikasi akan diverifikasi oleh tim verifikator Seksi Kesehatan Keluarga Bidang Kesehatan Masyarakat

BAB IV

KEADAAN DARURAT

Pasal 17

- (1) Dalam hal keadaan gawat darurat, Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Di Luar Tanggungan PBI JKN dan diluar Peserta

BPJS Kesehatan Mandiri dapat langsung mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit

- (2) Dalam hal keadaan gawat darurat, Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu diluar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang diberikan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak perlu menunjukkan surat rujukan dari Puskesmas.
- (3) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan dimana Pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Luar tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri mengalami keadaan yang memerlukan pertolongan segera.
- (4) Pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mengurus persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1).

BAB V PEMBIAYAAN

Pasal 18

- (1) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri pada kasus penyakit baik rawat inap atau rawat jalan tindak lanjut di Rumah Sakit Mitra *Plafon* sebagai berikut :
 - a. Rumah Sakit Tipe B, Tipe C dan Tipe D paling besar Rp.6.000.000 (enam juta rupiah); dan
 - b. Rumah Sakit Mitra Rumah Sakit Tipe A Rp.7.500.000 (tujuh juta lima ratus ribu rupiah)
- (2) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri pada Perawatan Ruang HCU, ICU, Ruang ICCU, Ruang PICU dan Ruang Nicu untuk Rumah Sakit Mitra ~~Plafon~~ *Plafon* sebagai berikut :
 - a. Rumah Sakit Tipe B dan Tipe C paling besar Rp15.000.000 (lima belas juta rupiah); dan
 - b. Rumah Sakit Mitra Tipe A paling besar Rp 20.000.000 (dua puluh juta rupiah).
- (3) Dalam hal terdapat Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang telah menerima Pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) namun masih memerlukan pelayanan kesehatan berdasarkan indikasi medis tertentu yang bersifat penyelamatan jiwa maka peserta dapat memperoleh tambahan bantuan biaya maksimal 1(satu) kali *plafon*.
- (4) Dalam hal Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Mitra melebihi ketentuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat

- (3), kelebihan biaya menjadi tanggungan pasien yang bersangkutan.
- (5) Kelebihan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Mitra ditetapkan berdasarkan surat pernyataan yang dibuat oleh Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang membutuhkan pembiayaan.
 - (6) Pasien masuk Rumah Sakit dengan katagori Pasien Umum dan pasien dengan peserta BPJS Kesehatan Mandiri Aktif atau Non Aktif karena tunggakan tidak dijamin oleh dana bantuan miskin.
 - (7) Surat pernyataan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dibuat di atas materai.

Pasal 19

Dalam hal pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di luar tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri tidak dapat melengkapi administrasi, maka pembiayaan pelayanan kesehatan tidak dapat dibayarkan.

Pasal 20

- (1) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di luar tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri diberikan pelayanan dengan fasilitas perawatan kelas III.
- (2) Dalam hal terjadi perpindahan kelas rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka biaya rawat inap menjadi beban Pasien.
- (3) Jika perpindahan kelas rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikarenakan kebutuhan Rumah Sakit yang merawat, maka biaya perawatan yang ditagihkan tetap biaya pelayanan dan fasilitas perawatan kelas III.
- (4) Perpindahan kelas rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan dengan berita acara tertulis yang ditanda tangani Pasien.

BAB VI

MEKANISME PENCAIRAN

Pasal 21

Mekanisme pencairan belanja pembiayaan melalui tahapan sebagai berikut:

- a. PPK mengajukan permintaan/permohonan pembayaran biaya pelayanan kepada Dinas Kesehatan untuk dilakukan verifikasi oleh verifikator Independent sesuai *plafon* yang diberikan perbulan;
- b. Verifikator independent melakukan verifikasi dan memberikan Rekap Permintaan/pembayaran yang diketahui oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan;
- c. Kepala Dinas mengajukan permohonan pencairan kepada pejabat pengelola keuangan Daerah melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelola keuangan Daerah dengan dilampiri permintaan/pembayaran dari

PPK disertai bukti penerimaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas; dan

- d. Pencairan Pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri menggunakan mekanisme pembayaran langsung sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 22

- (1) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) harus membuat usulan tagihan atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri.
- (2) Usulan tagihan atas Pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang telah diverifikasi oleh verifikator independent dan Verifikator tim kesga bidang kesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat 1 berkas Permintaan/pembayaran.
- (3) Usulan/tagihan atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan untuk diverifikasi.
- (4) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan melakukan verifikasi usulan permintaan/pembayaran Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (5) Berkas tagihan yang di Verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berupa:
 - a. Surat Penagihan;
 - b. Billing tagihan;
 - c. Soft copy dan Print out tagihan;
 - d. Kwitansi hasil verifikasi tagihan;
 - e. Surat pernyataan penerimaan pembayaran;
 - f. Berita Acara Pembayaran
 - g. Salinan Kartu Tanda Penduduk Pemegang Rekening;
 - h. Salinan Rekening Bank/Referensi Bank;
 - i. Salinan Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 - j. Salinan Buku Rekening.
- (6) Tagihan yang disetujui sebagaimana dimaksud pada ayat (5), sebagai dasar pembayaran Pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri
- (7) Perangkat Daerah yang membidangi urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan melakukan Pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin Di Luar Tanggungan Peserta PBI JKN dan diluar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (6) sesuai dengan Peraturan Keuangan Daerah yang berlaku.

BAB VII
PENDANAAN

Pasal 23

Pendanaan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Masyarakat Miskin Di Luar Tanggungan PBI JKN dan Di Luar Peserta BPJS Kesehatan Mandiri bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 24

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 2 Tahun 2022 tentang Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Rujukan Bagi Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu Di Luar Tanggungan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2022 Nomor 2 Seri E), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 25

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Ngamprah
pada tanggal 14 September 2023
BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN

Diundangkan di Ngamprah
pada tanggal 14 September 2023
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANDUNG BARAT,

Ttd.

ADE ZAKIR
BERITA DAERAH KABUPATEN BANDUNG BARAT TAHUN 2023 NOMOR 57