GUBERNUR SULAWESI TENGAH

PERATURAN GUBERNUR SULAWESI TENGAH
NOMOR : 14 TAHUN 2011

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN PROVINSI BAGI MASYARAKAT MISKIN/KURANG MAMPU DI PROVINSI SULAWESI TENGAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR SULAWESI TENGAH,

Menimbang :

a. bahwa berdasarkan amanat Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pemerintah Daerah menyelenggarakan pengelolaan kesehatan diantaranya berupa upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan yang teralokasi secara adil termasuk kepada masyarakat miskin atau kurang mampu;

b. bahwa masyarakat miskin atau kurang mampu di Provinsi Sulawesi Tengah perlu diberikan akses pelayanan kesehatan dengan mengalokasikan sejumlah dana anggaran pendapatan dan belanja daerah melalui program Jaminan Kesehatan Provinsi sehingga dibutuhkan Peraturan Gubernur sebagai pedoman dalam pelaksanannya;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Jaminan Kesehatan Provinsi Bagi Masyarakat Miskin/Kurang Mampu di Provinsi Sulawesi Tengah;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1964 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1964 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sulawesi Tengah dan Daerah Tingkat I Sulawesi Tenggara dengan mengubah Undang-Undang Nomor 47 Prp Tahun 1960 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sulawesi Utara – Tengah dan Daerah Tingkat I Sulawesi Selatan – Tenggara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1964 Nomor 7) menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun1964 Nomor 94, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2687);

2. 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 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);

3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Sistim Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4436);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
7. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Nomor 02 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008 Nomor 2);
8. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Nomor 06 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Daerah Provinsi Sulawesi Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008 Nomor 06);
9. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Nomor 09 Tahun 2008 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008 Nomor 09);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN PROVINSI BAGI MASYARAKAT MISKIN/KURANG MAMPU DI PROVINSI SULAWESI TENGAH.**

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah.
2. Provinsi adalah Provinsi Sulawesi Tengah.
3. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
4. Gubernur adalah Gubernur Sulawesi Tengah.
5. Pemerintah Kabupaten/Kota adalah Pemerintah Kabupaten/Kota dalam wilayah Provinsi Sulawesi Tengah.
6. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Provinsi bagi miskin/kurang mampu yang selanjutnya disebut Pedoman adalah acuan (pedoman) dalam melaksanakan penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin/kurang mampu yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, sinergi dan holistik.
7. Dinas adalah Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Tengah dan Kabupaten/Kota.

8. Pelayanan Kesehatan adalah semua pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Jaringannya dan pelayanan kesehatan rujukan di Kelas III Rumah Sakit Pemerintah Daerah, Rumah Sakit Rujukan luar daerah yang tidak dipungut biaya dan obat yang diberikan menggunakan obat generik.
9. Peserta Program Pelayanan Kesehatan adalah penduduk miskin/kurang mampu di Provinsi Sulawesi Tengah yang belum memiliki jaminan kesehatan yang berasal dari program lain, yang terdaftar dan memiliki kartu identitas yang berlaku selanjutnya berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.
10. Unit Pelayanan Kesehatan adalah unit-unit yang memberikan pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota yang meliputi Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan Rumah Sakit Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota dan Regional/luar daerah.
11. Pengalokasian dana adalah kontribusi dana untuk penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dialokasikan oleh Provinsi dan Kabupaten/Kota.
12. Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim dari Tim Pengendali atau yang ditunjuk untuk itu yang diajukan oleh unit pelayanan kesehatan dengan mengacu kepada standar penilaian klaim.
13. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

BAB II
TUJUAN DAN SASARAN

Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan

Pasal 2

(1) Maksud Pelaksanaan jaminan kesehatan Provinsi adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efisien dan efektif terhadap seluruh penduduk di Provinsi Sulawesi Tengah.

(2) Pelaksanaan jaminan kesehatan provinsi bertujuan untuk:
   a. membantu dan meringankan beban masyarakat miskin/kurang mampu dalam pembiayaan pelayanan kesehatan;
   b. meningkatnya cakupan masyarakat miskin/kurang mampu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit milik Pemerintah dan pemerintah daerah di Provinsi serta Rumah Sakit Rujukan Regional Makassar atau Rumah Sakit yang ditunjuk;
   c. meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin/kurang mampu di provinsi;
   d. meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin/kurang mampu di provinsi;
   e. terselenggaranya penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin/kurang mampu dengan pola subsidi silang/*sharing* dana di provinsi ; dan
   f. terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Bagian Kedua
Sasaran

Pasal 3

(1) Sasaran program jaminan kesehatan Provinsi adalah seluruh penduduk miskin/kurang mampu di Provinsi yang dibuktikan dengan identitas dikecualikan yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lain.

(2) Identitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
a. Kartu Jamkesda;
b. Kartu Tanda Penduduk (KTP);
c. Kartu Keluarga; dan
d. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM).

BAB III
ASAS DAN PRINSIP JAMINAN KESEHATAN PROVINSI PADA PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu
Asas Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Pasal 4

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin/kurang mampu dilaksanakan berdasarkan asas:
a. transparansi;
b. akuntabilitas publik;
c. *team work;*
d. inovatif;
e. cepat, cermat, dan tepat sasaran;
f. pelayanan terstruktur dan berjenjang serta ekuitas;
g. kendali mutu dan kendali biaya; dan
h. pelayanan prima.

Bagian Kedua
Prinsip Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Pasal 5

(1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin/kurang mampu dilaksanakan berdasarkan prinsip subsidi silang/*sharing* dana dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat Provinsi.

(2) Prinsip subsidi silang/sharing dana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan perwujudan hakikat pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

BAB IV
TATA LAKSANA KEPESERTAAN

Pasal 6

Jumlah sasaran peserta program jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin/kurang mampu adalah selisih dari jumlah penduduk dengan masyarakat yang belum mendapatkan jaminan pembiayaan kesehatan dari program lain.

Pasal 7

(1) Bupati/Walikota menetapkan peserta program penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin/kurang mampu di Kabupaten/Kota berdasarkan sasaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dengan Keputusan Bupati/Walikota dalam satuan jiwa berisi nomor nama dan alamat peserta secara lengkap.

(2) Peserta program penjaminan pembiayaan pelayanan keehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta secara lengkap.

Pasal 8

Dalam hal pemerintah Kabupaten/Kota sudah melaksanakan program pelayanan kesehatan secara menyeluruh maka alokasi pembiayaan yang diberikan dapat digunakan untuk peningkatan paket pelayanan.

Pasal 9

(1) Bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jaminan Kesehatan Provinsi langsung menjadi peserta baru.

(2) Peserta yang meninggal dunia atau pindah ke luar daerah hilang hak kepesertaannya.

BAB V
ADMINISTRASI KEPESERTAAN

Pasal 10

Administrasi kepesertaan program penjaminan pelayanan kesehatan meliputi:

a. pendataan sasaran;
b. registrasi peserta; dan
c. penetapan oleh Bupati/Walikota.

Pasal 11

(1) Administrasi kepesertaan program penjaminan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:
   a. pendataan sasaran dilaksanakan secara berjenjang, mulai dari tingkat desa/kelurahan yang dilakukan oleh Tim desa/kelurahan selanjutnya dilaporkan ke tingkat kecamatan untuk dilakukan rekapitulasi;
   b. tim kecamatan melaporkan hasil rekapitulasi ke Tim Pengendali kabupaten/kota untuk dilakukan penetapan oleh pemerintah kabupaten/kota; dan
   c. data peserta yang telah ditetapkan oleh pemerintah kabupaten kota, selanjutnya dilakukan entry data oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk menjadi database kepesertaan di kabupaten/kota.

(2) *Entry* data setiap peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi:
   a. nomor register berdasarkan kode kabupaten/kota, kecamatan dan desa/kelurahan;
   b. nama peserta;
   c. jenis kelamin;
   d. tempat dan tanggal lahir/umur; dan
   e. alamat.

(3) Berdasarkan data yang telah ditetapkan oleh pemerintah kabupaten/kota selanjutnya diserahkan ke masing-masing unit pelayanan kesehatan yang telah ditunjuk dan bekerja sama dalam rangka pelaksanaan program jaminan kesehatan provinsi bagi masyarakat miskin/kurang mampu .

Pasal 12

(1) Setiap penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan provinsi pelayanan akan mendapatkan kartu peserta dari Kabupaten/Kota masing-masing.

(2) Setiap penduduk yang belum mendapatkan kartu masih dapat menggunakan SKTM, KTP dan Kartu Keluarga sampai batas yang ditentukan kemudian.

(3) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku hanya pada Kabupaten/Kota dalam wilayah Provinsi.

(4) Pengadaan Kartu Peserta dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota.

(5) Pengisian dan distribusi kartu dilakukan oleh pemerintah kabupaten/kota.

BAB VI
TATA LAKSANA PELAYANAN KESEHATAN JAMINAN KESEHATAN PROVINSI

Bagian Kesatu
Pelayanan Kesehatan

Pasal 13

Setiap penduduk Provinsi yang mempunyai Kartu Peserta/SKTM/KTP/KK berhak mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi:

a. rawat jalan tingkat pertama;
b. rawat inap tingkat pertama;
c. rawat jalan tingkat lanjutan;
d. rawat inap tingkat lanjutan; dan
e. pelayanan gawat darurat.

Pasal 14

(1) Pelayanan rawat jalan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf a diberikan di Puskesmas dan jaringannya.

(2) Pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan diberikan di Rumah Sakit Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang telah ditunjuk serta Rumah Sakit lainnya yang telah bekerjasama.

Pasal 15

(1) Pelayanan rawat inap tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b diberikan di Puskesmas Perawatan.
(2) Pelayanan rawat inap tingkat lanjutan diberikan di kelas III (tiga) Rumah Sakit Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang telah ditunjuk, RS.Regional Makassar/Rumah Sakit lainnya yang bekerjasama.

Pasal 16

Pada keadaan gawat darurat *(emergency)* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf e, seluruh unit pelayanan kesehatan milik pemerintah, pemerintah Provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang telah ditunjuk, wajib memberikan pelayanan kepada seluruh penduduk Provinsi.

Pasal 17

Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di rumah sakit diatur dengan ketentuan sebagai berikut:

a. untuk memenuhi kebutuhan obat generik di Puskesmas dan jaringannya, Dinas Kesehatan kabupaten/kota melaksanakan pengadaan dan pendistribusiannya;
b. untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di rumah sakit, instalasi farmasi/apotek rumah sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang diperlukan;
c. apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana dimaksud pada huruf b, maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait; dan
d. apabila terjadi peresepan obat di luar ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf b, maka pihak rumah sakit bertanggung jawab menanggung selisih harga tersebut.

Pasal 18

(1) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan di rumah sakit dan pelayanan kesehatan Rawat Inap tingkat lanjutan di rumah sakit yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya dilakukan secara terpadu.

(2) Pelayanan secara terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) agar biaya kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan sesuai dengan tarif/paket yang berlaku pada masing-masing kabupaten/kota.

Pasal 19

(1) Apabila dalam proses pelayanan terdapat kondisi yang memerlukan pelayanan khusus dengan diagnose penyakit/prosedur yang belum tercantum dalam ketentuan maka Direktur Rumah Sakit/Kepala Balai memberikan keputusan tertulis untuk sahnya penggunaan pelayanan tersebut yang tarifnya sesuai dengan jenis dan tarif pelayanan kesehatan menurut peraturan yang berlaku.

(2) Penetapan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan setelah mendengarkan pertimbangan dan saran dari Komite Medik Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Prosedur Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan Provinsi

Pasal 20

(1) Prosedur pemberian pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Provinsi sebagai berikut:
   a. peserta dapat berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya serta rumah sakit Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota yang telah ditunjuk;
   b. menunjukkan Kartu Peserta jika ada atau SKTM/KTP/KK yang belum memiliki kartu Peserta; dan
   c. pelayanan kesehatan rujukan diberikan sesuai dengan indikasi medis, selanjutnya dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu identitas yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan.

(2) Pelayanan kesehatan rujukan sebagaimana dimaksud pada huruf c, meliputi :
   a. pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (spesialistik) dan rawat inap kelas III di rumah sakit dan balai kesehatan milik Pemerintah/pemerintah daerah yang ditunjuk oleh Pemerintah Provinsi;
   b. pelayanan obat-obatan dan bahan habis pakai; dan
   c. pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik.

(3) Dalam hal peserta sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan tidak dapat menunjukkan Kartu Peserta/identitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b maka yang bersangkutan diberi waktu paling lama 2 x 24 jam untuk menunjukkan kartu tersebut.

Pasal 21

(1) Dalam kasus-kasus tertentu untuk mendapatkan pelayanan instalasi gawat darurat termasuk kasus gawat darurat di rumah sakit, peserta tidak perlu membawa/menunjukkan surat rujukan.

(2) Bagi pasien yang tidak dirawat inap, prosesnya sama dengan proses rawat jalan.

(3) Bagi Pasien yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 dan Pasal 15.

Pasal 22

(1) Prosedur penjaminan pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Provinsi dilakukan secara berjenjang sebagai berikut :
   a. Puskesmas;
   b. Rumah Sakit Kabupaten/Kota;
   c. Rumah Sakit Provinsi; dan
   d. Rumah Sakit Luar Daerah.

(2) Berdasarkan jenjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pelayanan di Puskesmas merupakan pelayanan di jenjang pertama.
(3) Dalam hal Pasien tidak dapat ditangani pada Puskesmas maka secara berturut-turut dirujuk pada Rumah Sakit Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Provinsi dan Rumah Sakit Luar Daerah.

BAB VII
JENIS PELAYANAN DI UNIT PELAYANAN KESEHATAN
Bagian Kesatu
Umum

Pasal 23

Pada dasarnya jenis pelayanan yang disediakan untuk masyarakat bersifat komprehensif sesuai indikasi medis kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.

Bagian Kedua
Jenis Pelayanan

Pasal 24

Pelayanan bersifat komprehensif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 meliputi:
a. pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya;
b. pelayanan kesehatan di rumah sakit/balai kesehatan; dan
c. pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung/dijamin.

Pasal 25

Pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 huruf a, terdiri atas:
a. rawat jalan tingkat pertama yang dilaksanakan dalam gedung;
b. rawat inap tingkat pertama dilaksanakan pada puskesmas perawatan;
c. gawat darurat *(emergency)*;
d. pelayanan kesehatan luar gedung yang dilaksanakan oleh puskesmas dan jaringannya; dan
e. pelayanan kesehatan rujukan.

Pasal 26

Pelayanan kesehatan di rumah sakit/balai kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 huruf b, terdiri atas;
a. rawat jalan tingkat lanjutan;
b. rawat inap tingkat lanjutan;
c. pelayanan gawat darurat *(emergency)*; dan
d. pelayanan kesehatan rujukan.

Pasal 27

Pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 huruf c, meliputi:
a. operasi jantung;
b. kateterisasi jantung;
c. pemasangan cincin jantung;
d. CT Scan;
e. cuci darah (haemodialisa);
f. bedah syaraf;
g. general check up;
h. pengobatan alternatip;
i. ketergantungan obat, alkohol dan lain-lain;
j. berbagai penyakit atau kelemahan akibat usaha bunuh diri;
k. biaya obat di luar DPHO;

l. tidak sesuai dengan prosedur pelayanan;
m. pengobatan massal; dan
n. persalinan.

BAB VIII
TATA LAKSANA PEMBIAYAAN

Bagian Kesatu
Pembiayaan

Pasal 28

(1) Pembiayaan program Jaminan Kesehatan merupakan dana bantuan pelayanan kesehatan dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.
(2) Pembayaran ke puskesmas dan rumah sakit di kabupaten/kota setempat berdasarkan klaim, pembiayaannya oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.
(3) Pembayaran ke unit pelayanan kesehatan rujukan provinsi dilakukan melalui *sharing* dana 50% provinsi dan 50% kabupaten/kota yang bekerjasama.
(4) Pembayaran ke unit pelayanan kesehatan rujukan Regional atau yang bekerjasama pembiayaannya oleh provinsi.
(5) Pembiayaan transport pergi pasien dan pendamping pasien 3 (tiga) orang ke unit pelayanan rujukan provinsi, regional atau yang bekerjasama pembiayaannya oleh kabupaten/kota asal.
(6) Pembiayaan transport balik pasien dan pendamping pasien 3 (tiga) orang ke unit pelayanan rujukan provinsi, regional atau yang bekerjasama pembiayaannya oleh provinsi.
(7) Pembiayaan makan-minum pasien dan pendamping pasien selama berada di unit pelayanan rujukan provinsi, regional atau rumah sakit yang bekerjasama dibiayai oleh provinsi.
(8) Pembiayaan transport balik apabila pasien meninggal dunia di unit pelayanan rujukan provinsi, regional atau rumah sakit yang bekerjasama akan dilakukan sharing dana 50% provinsi dan 50% kabupaten/kota asal.
(9) Pembayaran ke rumah sakit rujukan provinsi melalui klaim rumah sakit diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau yang ditunjuk
(10) Pembayaran 50% ke rumah sakit rujukan provinsi setelah diverifikasi, dikirimkan ke kabupaten/kota dan kabupaten/kota membayar langsung ke rumah sakit rujukan provinsi melalui rekening rumah sakit.
(11) Pembiayaan untuk kelancaran proses administrasi klaim atas pembiayaan 50% klaim kabupaten/kota dikenakan biaya administrasi sebesar 10%.
(12) Peserta/masyarakat miskin/kurang mampu tidak boleh dikenakan iuran (biaya) pelayanan dengan alasan apapun.

Bagian Kedua
Sumber dan Alokasi Dana

Pasal 29

(1) Sumber dana pembiayaan Jaminan Kesehatan Provinsi berasal dari :
    a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi; dan
    b. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kabupaten/Kota.
(2) Sumber dari APBD Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dialokasikan pada Dinas Kesehatan Provinsi.
(3) Sumber dana dari APBD Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dialokasikan pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau dinas lainnya yang ditunjuk.

BAB X
MONITORING, SUPERVISI DAN PELAPORAN

Bagian Kesatu
Monitoring dan Supervisi

Pasal 30

Agar dana program penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan diterima oleh yang berhak dalam jumlah, waktu, cara dan penggunaan yang tepat dilakukan monitoring dan supervisi.

Pasal 31

Monitoring dan supervisi dilakukan dalam bentuk pemantauan, pembinaan dan penyelesaian masalah terhadap pelaksanaan program penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan.

Pasal 32

Monitoring dan supervisi dilakukan terhadap komponen utama yang terdiri atas:

a. alokasi, pembiayaan dan peruntukannya;
b. pelaksanaan penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan ;
c. pelayanan dan penanganan pengaduan; dan
d. administrasi kepesertaan.

Pasal 33

(1) Pelaksanaan kegiatan monitoring dilakukan oleh :
   a. Tim Pengendali Provinsi; dan
   b. Tim Pengendali Kabupaten/Kota.

(2) Tim Pengendali Provinsi mempunyai tugas:
   a. melakukan monitoring pelaksanaan program, terdiri atas:
      1. monitoring ditujukan untuk memantau :
         a) pembiayaan dan penyerapan dana;
         b) kinerja Tim Pengendali kabupaten/kota; dan
         c) pengelolaan di tingkat kabupaten/kota.
      2. monitoring dapat dilaksanakan pada saat:
         a) proses perencanaan dan persiapan ;
         b) pelaksanaan ; dan
         c) pasca maupun akhir tahun pelaksanaan program;
   b. monitoring kasus pengaduan dan penyelewengan dana, terdiri atas:
      1. monitoring kasus pengaduan ditujukan untuk menemukenali dan menyelesaikan masalah yang muncul di lapangan; dan
      2. kerjasama dengan lembaga-lembaga terkait dalam menangani pengaduan dan penyimpangan akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

(3) Tim Pengendali Kabupaten/Kota mempunyai tugas:
   a. monitoring pelaksanaan program, terdiri atas:
      1. monitoring ditujukan untuk memantau pengelolaan dana pada tingkat unit pelayanan; dan
      2. monitoring dilaksanakan pada saat pelaksanaan program.
   b. monitoring kasus pengaduan dan penyelewengan dana, terdiri atas:
      1. monitoring kasus pengaduan ditujukan untuk menemukenali dan menyelesaikan masalah yang muncul di unit pelayanan; dan
      2. kerjasama dengan lembaga terkait dalam menangani pengaduan dan penyimpangan akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

(4) Tim Pengendali Provinsi ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
(5) Tim Pengendali Kabupaten/Kota ditetapkan dengan Keputusan Bupati/Walikota.

Bagian Kedua
Pelaporan

Pasal 34

(1) Tim Pengendali Provinsi wajib membuat laporan dan menyampaikan hasilnya kepada Gubernur dan pihak terkait.
(2) Tim Pengendali Kabupaten/Kota wajib membuat laporan dan menyampaikan hasilnya kepada Bupati/Walikota dan pihak terkait.
(3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) merupakan laporan semua kegiatan yang berkaitan dengan perencanaan dan pelaksanaan program pelayanan kesehatan meliputi :
    a. sejauhmana pelaksanaan program berjalan sesuai dengan yang direncanakan;
    b. apa yang dikerjakan dan apa yang tidak dikerjakan;
    c. hambatan yang terjadi dan penyebabnya; dan
    d. upaya yang diperlukan untuk mengatasinya serta rekomendasi untuk perbaikan program di masa yang akan datang, baik program yang sama maupun program lainnya.
(4) Pelaksana program memberikan laporan yang berkaitan dengan statistik penerima pelayanan, penyaluran, penyerapan dan pemanfaatan dana, hasil monitoring evaluasi dan pengaduan masalah.
(5) Pelaksanaan pelaporan dan penggunaan dana program pelayanan kesehatan mengikuti mekanisme pelaporan yang ada.

BAB XI
PENGAWASAN

Pasal 35

Pengawasan terhadap pelaksanaan program penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang berdasarkan kewenangan masing-masing pemerintah daerah.

Pasal 36

Pengawasan dilakukan dengan tujuan untuk memastikan bahwa dana biaya yang dialokasikan sesuai maksud dan tujuan penggunaannya serta untuk menghindarkan penyalahgunaan wewenang, kebocoran, pemborosan keuangan daerah, pungutan liar dan bentuk penyelewengan lainnya.

Pasal 37

Pengawasan pelaksanaan program penjaminan pelayanan kesehatan terdiri atas:
a. pengawasan melekat (waskat);
b. pengawasan fungsional; dan
c. pengawasan masyarakat.

Pasal 38

Pengawasan melekat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 huruf a dilakukan oleh pimpinan masing-masing instansi kepada bawahannya secara berjenjang baik di Provinsi, Kabupaten/Kota maupun pada unit pelayanan.

Pasal 39

(1) Pengawasan fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf b dilakukan oleh instansi pengawas fungsional terhadap pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan yaitu Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dan Inspektorat Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.

(2) Instansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab untuk melakukan audit sesuai dengan kebutuhan lembaga/instansi tersebut atau atas permintaan instansi yang akan diaudit.

Pasal 40

(1) Pengawasan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 huruf c dilakukan oleh masyarakat dalam rangka efektivitas dan transparansi penggunaan dana program penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan Provinsi.
(2) Masyarakat dapat melaporkan kepada Tim Pengendali atau instansi pengawas fungsional dan/atau lembaga yang berwenang lainnya apabila terdapat indikasi penyimpangan terhadap pelaksanaan program penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan.
(3) Pengaduan dapat disampaikan kepada Tim Pengendali Jaminan Pelayanan Kesehatan Provinsi .

BAB XII
KETENTUAN SANKSI

Pasal 41

(1) Sanksi terhadap penyalahgunaan wewenang dan/atau penjaminan pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan dijatuhkan oleh aparat/pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.
(2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan dalam bentuk :
    a. sanksi kepegawaian sebagaimana diatur dalam peraturan perundang undangan di bidang kepegawaian; dan
    b. tuntutan perdata dan ganti rugi sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan negara/daerah.

BAB XII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 42

Peraturan Gubernur ini berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sulawesi Tengah.

Ditetapkan di Palu
pada tanggal

GUBERNUR SULAWESI TENGAH

B. PALIUDJU

PARAF KOORDINASI	
PEJABAT	PARAF
BIRO HUK'JM	
DINKES	