



BUPATI CIREBON
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI CIREBON
NOMOR 13 TAHUN 2025

TENTANG
PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN
DI LUAR JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI CIREBON,

Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan hak dasar yang harus dipenuhi untuk mewujudkan kesejahteraan sosial dan keadilan sosial bagi seluruh masyarakat Kabupaten Cirebon;

b. bahwa pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang diintegrasikan dalam Jaminan Kesehatan Nasional belum mencakup seluruh masyarakat Kabupaten Cirebon, maka sebagai tanggung jawab Pemerintah Daerah Kabupaten Cirebon untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan pemberian manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kesehatan melalui pemberian pelayanan kesehatan di luar Jaminan Kesehatan Nasional;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pemberian Pelayanan Kesehatan di Luar Jaminan Kesehatan Nasional;

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 beberapa kali diubah, 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 6856);

2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235);

3. 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 beberapa kali diubah, 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 6856);
4. 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 beberapa kali diubah, 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 6856);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Undang-Undang Nomor 107 Tahun 2024 tentang Kabupaten Cirebon di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 293, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7044);
7. 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 5731);
8. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2018 Nomor 165), sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 82);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
10. Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2018 tentang Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu untuk Penanganan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1062);
11. 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);
12. Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 578);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 5 Tahun 2020 tentang Penanganan Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2020 Nomor 5);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 7 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2022 Nomor 7);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN DI LUAR JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Daerah adalah Daerah Kabupaten Cirebon.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Cirebon.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu yang selanjutnya disebut 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.
6. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan penanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik vertical maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan.
7. 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.
8. Data Terpadu Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disebut DTKS adalah data induk yang berisi data pemerlu pelayanan kesejahteraan sosial, penerima bantuan dan pemberdayaan sosial, serta potensi dan sumber kesejahteraan sosial.
9. Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kehidupan dasar yang layak.
10. Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial, yang selanjutnya disebut PPKS adalah perseorangan, keluarga, kelompok dan/atau masyarakat yang karena suatu hambatan, kesulitan, atau gangguan tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya sehingga memerlukan pelayanan sosial untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik jasmani dan rohani maupun sosial secara memadai dan wajar.

11. Nomor Induk Kependudukan, yang selanjutnya disebut NIK adalah nomor identitas penduduk yang bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai Penduduk Indonesia.
12. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebut JKN adalah jaminan berupa perlindungan Kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan Kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
13. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah ketentuan mengenai jenis dan Mutu Pelayanan Dasar bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
14. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan warga negara.
15. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut PPK adalah institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta program pembayaran biaya pelayanan kesehatan diluar jaminan kesehatan nasional.
16. Permintaan/pembayaran/tagihan adalah suatu cara pembayaran kepada PPK berdasarkan pelayanan yang telah diberikan kepada peserta yang dibayarkan setelah melaksanakan pelayanan.
17. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
18. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan bersifat non spesialistik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
19. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
20. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

21. Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
22. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disebut RSUD, adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
23. Rawat Jalan Tingkat Pertama, yang selanjutnya disebut RJTP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan Kesehatan lainnya.
24. Rawat Jalan Tingkat Lanjut, yang selanjutnya disebut RJTL adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik dan sub spesialistik 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.
25. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik dan dilaksanakan pada fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
26. Rawat Inap Tingkat Lanjut yang selanjutnya disebut RITL, adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik dan sub spesialistik 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.
27. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan Tindakan medis dan/atau psikologis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kedisabilitasan.
28. Surat Keterangan Tidak Mampu yang selanjutnya disebut SKTM adalah surat keterangan yang menyatakan bahwa masyarakat tersebut termasuk masyarakat miskin atau tidak mampu yang dikeluarkan oleh Desa dan di legalisasi oleh Kecamatan.

29. Rekomendasi Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan adalah rekomendasi untuk memastikan pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan di PPK.
30. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Luar Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebut Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN adalah pembiayaan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK.
31. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
32. Pekerja Bukan Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
33. Bukan Pekerja yang selanjutnya disingkat BP setiap orang yang bukan termasuk kelompok pekerja penerima upah, PBPU, penerima bantuan iuran jaminan kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

Pasal 2

Pengaturan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Luar JKN dimaksudkan untuk memberikan pembiayaan fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS di daerah agar dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan 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 serta PPKS di luar JKN; dan
- b. memberikan pedoman teknis bagi penyelenggara pembayaran biaya pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS di luar JKN.

Pasal 4

- (1) Sasaran penerima Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN diberikan kepada :
 - a. setiap fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum terdaftar sebagai peserta JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dan jaminan/asuransi kesehatan lainnya.
 - b. PPKS yang tidak memiliki NIK sehingga tidak dapat didaftarkan sebagai peserta JKN.
- (2) Fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, bersumber dari data yang

ditentukan oleh perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial melalui DTKS.

(3) Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, meliputi :

- a. anak balita terlantar;
- b. anak terlantar;
- c. anak berhadapan dengan hukum;
- d. anak jalanan;
- e. anak dengan kedisabilitasan;
- f. anak yang menjadi korban tindak kekerasan atau diperlakukan salah;
- g. anak yang memerlukan perlindungan khusus;
- h. lanjut usia terlantar;
- i. penyandang disabilitas;
- j. tuna susila;
- k. gelandangan;
- l. pengemis;
- m. pemulung;
- n. kelompok minoritas;
- o. bekas warga binaan lembaga permasyarakatan;
- p. orang dengan Human *Imunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*;
- q. korban penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya;
- r. korban tindak pidana perdagangan orang (*trafficking*);
- s. korban tindak kekerasan;
- t. pekerja migran bermasalah sosial;
- u. korban bencana alam;
- v. korban bencana sosial;
- w. perempuan rawan sosial ekonomi;
- x. fakir miskin;
- y. keluarga bermasalah sosial psikologis;
- z. komunitas adat terpencil;
- aa. orang yang diduga pelaku kejahatan; dan
- bb. orang dengan gangguan jiwa

Pasal 5

- (1) Setiap fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a, didaftarkan oleh pemerintah daerah kepada BPJS Kesehatan sebagai peserta PBPU/BP Pemerintah.
- (2) PPKS yang tidak memiliki NIK sehingga tidak dapat didaftarkan sebagai peserta JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b, dilakukan perekaman identitas kependudukan oleh Perangkat Daerah yang

menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kependudukan, dan didaftarkan oleh Pemerintah Daerah kepada BPJS Kesehatan sebagai peserta PBPU/BP Pemerintah.

Pasal 6

- (1) Kategori jenis pembiayaan yang dapat dijamin Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN yaitu :
 - a. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa dan yang tidak memiliki identitas kependudukan sehingga tidak dapat didaftarkan sebagai peserta JKN.
 - b. pelayanan kesehatan masyarakat yang jenis manfaat/pelayanan kesehatannya tidak ditanggung oleh program JKN.
 - c. manfaat komplementer lainnya yang tidak dijamin dalam manfaat JKN sesuai dengan kebutuhan Pemerintah Daerah.
 - d. pelayanan kesehatan, promotif, preventif, rehabilitatif, dan kuratif yang masuk kedalam SPM Bidang Kesehatan.
- (2) Jenis SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah Jenis Pelayanan Dasar pada SPM Kesehatan Daerah kabupaten/kota terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
 - b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
 - c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
 - d. pelayanan kesehatan balita;
 - e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
 - f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
 - g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
 - h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
 - i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
 - j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
 - k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
 - l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau *human immunodeficiency virus*.

BAB II
PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 7

Pemerintah Daerah memberikan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan diluar JKN bagi fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS yang memerlukan tindakan medis.

Pasal 8

- (1) Program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 diberikan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan DTKS pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
- (2) Dalam hal fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS diluar JKN yang tidak tercatat dalam DTKS dapat diberikan pelayanan kesehatan setelah mendapatkan surat keterangan dari Desa dan Kecamatan serta ditandatangani oleh pejabat yang berwenang pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
- (3) Alur proses pelayanan kesehatan dan alur proses permintaan/pembiayaan pelayanan kesehatan di luar JKN tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 9

- (1) Pelayanan kesehatan dalam Program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan diluar JKN diberikan oleh PPK yang meliputi :
 - a. Puskesmas; dan
 - b. RSUD.
- (2) PPK selain yang ditetapkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), biaya pelayanan kesehatan tidak dapat diganti pembiayaannya.
- (3) Penggantian biaya pelayanan kesehatan ditetapkan oleh Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 10

- (1) Pelayanan kesehatan dalam Program Pembiayaan Pelayanan Kesehatan diluar JKN meliputi RJTL dan RITL serta Rawat Inap pada Ruang ICU Rumah Sakit.
- (2) RJTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan pada poliklinik rumah sakit, meliputi:
 - a. konsultasi dan pemeriksaan medis;
 - b. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium klinik, radiologi dan tindakan medis;
 - c. Pasien pasca rawat inap yang perlu dilakukan kontrol medis ke poliklinik.
- (3) RITL sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan pada :
 - a. ruang perawatan Puskesmas; dan
 - b. ruang perawatan kelas III RSUD.

- (4) RITL pada ruang perawatan Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a meliputi :
- akomodasi rawat inap;
 - konsultasi dan pemeriksaan medis;
 - pemeriksaan penunjang diagnostik;
 - tindakan medis;
 - pemberian obat mengacu Formularium Nasional;
 - transportasi rujukan sesuai indikasi medis.
- (5) RITL pada ruang perawatan kelas III RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b meliputi :
- akomodasi rawat inap;
 - konsultasi dan pemeriksaan medis;
 - Pemeriksaan penunjang diagnostik, meliputi :
 - laboratorium klinik dan Patologi Anatomi;
 - radiologi dan elektromedik.
 - tindakan medis;
 - pelayanan rehabilitasi medis;
 - pemberian obat dan mengacu Formularium Nasional;
 - pelayanan transfusi darah; dan
 - transportasi rujukan sesuai indikasi medis.

Pasal 11

Jenis pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN, meliputi:

- pelayanan penyakit jantung yang memerlukan tindakan operasi;
- pelayanan khemoterapi;
- pelayanan hemodialisa;
- pelayanan penunjang diagnostic canggih seperti *Magnetic Resonance Imaging, Endoscopy, Ultasonography, Computized Tomography Scan*;
- kacamata;
- alat bantu dengar;
- alat bantu gerak;
- pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh (*Medical Check-Up*);
- pelayanan yang bertujuan untuk kosmetika;
- pelayanan yang bertujuan untuk reproduksi anak;
- pelayanan kesehatan yang tidak berdasarkan indikasi medis;
- kejadian luar biasa;
- pembersihan karang gigi dan usaha meratakan gigi;
- prosthesis* gigi tiruan;
- toiletries*, susu, obat gosok dan lain-lain;
- pengobatan alternatif (akupuntur dan pengobatan tradisional);
- ketergantungan obat, alkohol;

- r. sakit yang disebabkan karena mengkonsumsi minuman beralkohol, narkotika, dan obat terlarang lainnya;
- s. biaya obat di luar Formularium Nasional;
- t. imunisasi;
- u. cacat bawaan sejak lahir seperti bibir sumbing, *downsyndrom*, kelainan jantung bawaan;
- v. *autopsi* dan *visum et repertum*;
- w. upaya bunuh diri;
- x. pelayanan Ibu Hamil (*Antenatal Care* dan *Postnatal Care*), Persalinan normal dan KB;
- y. pemulasaraan jenazah;
- z. Surat Keterangan Sehat;
- aa. pemeriksaan calon pengantin;
- bb. pemeriksaan calon jemaah haji; dan
- cc. pelayanan kesehatan lainnya yang merupakan jaminan dari badan penyelenggara lain seperti kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas yang tidak dijamin oleh BPJS Ketenagakerjaan, Jasa Raharja dan BPJS Kesehatan.

Pasal 12

Dalam hal pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3) harus diberikan, PPK wajib menginformasikan kepada pasien sebelum memberikan pelayanan yang tidak dijamin dan pelayanan yang dibatasi.

Pasal 13

Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN, dilakukan pada Puskesmas wilayah Kabupaten Cirebon dan RSUD.

Pasal 14

- (1) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN diberikan pelayanan dengan fasilitas perawatan kelas III.
- (2) Selain diberikan pelayanan dengan fasilitas perawatan kelas III, pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan di luar JKN 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 15

- (1) Fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS yang memerlukan pembiayaan pelayanan kesehatan di

Puskesmas dan Rumah Sakit harus menyertakan/melampirkan:

- a. fotokopi Kartu Tanda Penduduk;
 - b. fotokopi Kartu Keluarga;
 - c. surat Keterangan Terdaftar pada DTKS atau resi daftar DTKS;
 - d. surat keterangan belum terdaftar kepesertaan BPJS Kesehatan dari Puskesmas atau Rumah Sakit;
 - e. buku kesehatan ibu dan anak (bagi yang akan melahirkan);
 - f. 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 ; serta
 - j. surat pernyataan sanggup membayar sisa pembiayaan pelayanan kesehatan (bermaterai);
- (2) Fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS 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 16

- (1) Dalam hal fakir miskin dan orang tidak mampu serta PPKS perlu dirujuk ke Rumah Sakit, Puskesmas harus menerbitkan surat rujukan yang ditujukan kepada Rumah Sakit.
- (2) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan menyatakan persetujuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan diluar JKN dengan diterbitkannya Surat Rekomendasi yang diperlukan untuk rawat jalan tindak lanjut pasca perawatan atau rawat inap.
- (3) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang kesehatan untuk mengeluarkan Surat Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus terlebih dahulu memeriksa kelengkapan dokumen

persyaratan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN sebagaimana dimaksud dalam pasal 15 ayat (1).

Pasal 17

- (1) Surat Rekomendasi Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang kesehatan untuk rawat jalari tindak lanjut pasca perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) berlaku paling lama 1 (satu) kali pembiayaan.
- (2) Surat Rekomendasi Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) berlaku untuk satu kali perawatan dan/atau sampai kepesertaan BPJS Kesehatannya aktif.

Pasal 18

- (1) Pemenuhan persyaratan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 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) calon penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN belum dapat menunjukkan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1), maka jaminan pelayanan kesehatan dapat diberikan sejak terbitnya surat rekomendasi dari Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di Bidang Kesehatan.

Pasal 19

- (1) Berkas kelengkapan persyaratan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN akan diverifikasi oleh verifikator independen Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di Bidang Kesehatan.
- (2) Berkas kelengkapan persyaratan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN khusus ibu hamil komplikasi dan ibu bersalin dengan komplikasi akan diverifikasi oleh tim verifikator Tim Kerja Kesehatan Keluarga Bidang Kesehatan Masyarakat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di Bidang Kesehatan

BAB IV KEADAAN DARURAT

Pasal 20

- (1) Dalam hal keadaan Gawat Darurat, calon penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN dapat langsung mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal keadaan Gawat Darurat, calon penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN yang diberikan Rumah Sakit tidak perlu menunjukkan surat rujukan dari Puskesmas.
- (3) Keadaan Gawat Darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan dimana calon penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN mengalami keadaan yang memerlukan pertolongan segera.
- (4) Calon penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN yang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mengurus persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1).

BAB V PEMBIAYAAN

Pasal 21

- (1) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN pada kasus penyakit baik rawat inap atau rawat jalan tindak lanjut di Rumah Sakit paling banyak Rp15.000.000,00 (lima belas juta rupiah).
- (2) Dalam hal terdapat penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN 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 plafond.
- (3) Dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit melebihi ketentuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), kelebihan biaya menjadi tanggungan yang bersangkutan.
- (4) Kelebihan pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan surat pernyataan yang dibuat oleh penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan diluar JKN yang membutuhkan pembiayaan.

- (5) Pasien masuk Rumah Sakit dengan kategori pasien umum tidak dijamin oleh dana Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN.
- (6) Surat pernyataan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibuat di atas materai.

Pasal 22

Dalam hal calon penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN tidak dapat melengkapi administrasi, maka pembiayaan pelayanan kesehatan tidak dapat dibayarkan.

Pasal 23

- (1) Penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN 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 (2) dikarenakan kebutuhan Rumah Sakit yang merawat, maka biaya perawatan yang ditagihkan tetap biaya perawatan kelas III.
- (4) Perpindahan kelas rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan dengan berita acara tertulis yang ditandatangani Pasien.

BAB VI

MEKANISME PENCAIRAN

Pasal 24

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 plafond yang diberikan;
- b. Verifikator independent melakukan verifikasi dan memberikan rekap permintaan/pembayaran yang diketahui oleh Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan dan disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan;
- c. Verifikator tim kerja Kesehatan Keluarga Bidang Kesehatan Masyarakat melakukan verifikasi pada pasien kebidanan dan memberikan rekap permintaan/pembayaran yang

diketahui oleh Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan dan disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan;

- d. 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
- e. Pencairan Pembayaran Biaya Pelayanan Kesehatan di luar JKN menggunakan mekanisme pembayaran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 25

- (1) Puskesmas dan Rumah Sakit harus membuat usulan tagihan atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada penerima manfaat Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di luar JKN.
- (2) Usulan tagihan atas pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan di luar JKN yang telah diverifikasi oleh verifikator PPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat 1 (satu) 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 Puskesmas dan 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;
 - j. salinan buku rekening.
- (6) Tagihan yang disetujui sebagaimana dimaksud pada ayat (5), sebagai dasar pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan di luar JKN.

(7) Perangkat Daerah yang membidangi urusan pemerintahan di bidang kesehatan melakukan pembayaran biaya Pelayanan Kesehatan di luar JKN sesuai dengan Peraturan Keuangan Daerah yang berlaku.

BAB VII PEMBIAYAAN

Pasal 26
Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Di luar JKN bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27
Peraturan Bupati ini berlaku sejak tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Cirebon.

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 13 Mei 2025



Diundangkan di Sumber
pada tanggal
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN
CIREBON,

HILMY RIVA'I

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2025 NOMOR