. **Jenis Perizinan : Pendaftaran peserta JKN KIS Baru yang dibiayai oleh Pemerintah Kabupaten Belitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN** | **URAIAN** |
| **SERVICE DELIVERY** |
| **1.** | Persyaratan | 1. Fotokopi Kartu Keluarga
2. Fotokopi KTP
3. Fotokopi Akte Kelahiran Anak
4. Surat pengantar dari Desa/Kelurahan
 |
| **2.** | Sistem, mekanisme, dan prosedur | 1. Pemohon membawa Persyaratan ke Dinas Kesehatan ruang Pelayanan Kesehatan Rujukan
2. Petugas melakukan verifikasi dan validasi Berkas Permohonan
3. Pemohon menerima bukti hasil verifikasi

Pemohon ke kantor BPJS Kesehatan untuk mendaftarkan sebagai peserta JKN KIS Kab. Belitung; |
| 3. | **Jangka waktu penyelesaian** | **20 (Dua Puluh) Menit** |
| 4. | **Biaya/Tarif** | **Gratis** |
| 5. | Produk Pelayanan | Persetujuan peserta JKN KIS baru |
| 6. | Aduan, Saran, Masukan | 1. Melalui Kotak Saran yang dipasang langsung di ruang depan kantor Dinas Kesehatan Kab. Belitung
2. Surat tertulis ditujukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung.
3. Melalui Telpon Kantor Telp. 0719. 21042
4. Melalui Email,*dinkesbelitung@gmail.com*
 |
| **MANU-FACTURING** |
| 7. | Dasar Hukum | 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
5. Peraturan Bupati Belitung Nomor 36 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan masyarakat Kabupaten Belitung
 |
| 8. | Sarana dan Prasarana dan/ atau Fasilitas | 1. Ruang Pelayanan
2. Leaflet / Pamflet
3. Banner
4. Komputer
5. Printer
6. Blanko verifikasi
 |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | 1. Berpenampilan menarik dan berattitude
2. Menguasai Standar Operasional Prosedur
3. Mengetahui peraturan Perundang-undangan terkait bidang kerjanya
4. Mampu berkomunikasi dengan baik
5. Mampu berkoordinasi dengan efisien
6. Memiliki Kemampuan Kerjasama Tim

Mampu mengoperasikan Komputer |
| 10. | Pengawasan Internal | 1. Kepala Dinas melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi dan rapat sewaktu-waktu yang dianggap penting
2. Kepala Seksi dan Kepala Bidang melakukan verifikasi dalam penerbitan persetujuan pendaftaran penduduk

 menjadi peserta JKN KIS |
| 11. | Jumlah Pelaksana | 3 (tiga) orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | 1. Maklumat Pelayanan
2. Motto Pelayanan
 |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | 1. Data Penduduk dijamin kerahasiannya
2. Petugas yang berkompeten
3. Peralatan Memenuhi Standar
4. Ditandatangani oleh Pejabat yang berwenang dan dibubuhi cap basah menjamin keaslian
 |
| 14. | Evaluasi KinerjaPelayanan | Survey Kepuasan yang berkelanjutan minimal setiap 6 (enam) bulan sekali |

**J. Jenis Perizinan : Pendaftaran peralihan peserta JKN KIS PBPU menunggak kelas 3 selama 6 bulan ke Jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh Pemerintah Kabupaten Belitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN** | **URAIAN** |
| **SERVICE DELIVERY** |
| **1.** | Persyaratan | 1. Fotokopi Kartu Keluarga;
2. Fotokopi KTP
3. Fotokopi Akte Kelahiran Anak
4. Bukti Menunggak dari BPJS Kesehatan
 |
| **2.** | Sistem, mekanisme, dan prosedur | 1. Pemohon membawa Persyaratan ke Dinas Kesehatan ruang Pelayanan Kesehatan Rujukan
2. Petugas melakukan verifikasi dan validasi Berkas Permohonan
3. Pemohon menerima bukti hasil verifikasi

Pemohon ke kantor BPJS Kesehatan untuk pengalihan peserta; |
| **3.** | **Jangka waktu penyelesaian** | **20 (Dua Puluh) Menit** |
| **4.** | **Biaya/ tarif** | **Gratis** |
| 5. | Produk Pelayanan | Persetujuan peralihan peserta JKN KIS Kelas 3 Mandiri Menunggak |
| 6. | Aduan, Saran, Masukan | 1. Melalui Kotak Saran yang dipasang langsung di ruang depan kantor Dinas Kesehatan Kab. Belitung
2. Surat tertulis ditujukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung.
3. Melalui Telpon Kantor Telp. 0719. 21042
4. Melalui Email,*dinkesbelitung@gmail.com*
 |
| **MANU-FACTURING** |
| 7. | Dasar Hukum | 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
5. Peraturan Bupati Belitung Nomor 36 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan masyarakat Kabupaten Belitung
 |
| 8. | Sarana dan Prasarana dan/ atau Fasilitas | 1. Ruang Pelayanan
2. Leaflet / Pamflet
3. Banner
4. Komputer
5. Printer

Blanko verifikasi |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | 1. Berpenampilan menarik dan berattitude
2. Menguasai Standar Operasional Prosedur
3. Mengetahui peraturan Perundang-undangan terkait bidang kerjanya
4. Mampu berkomunikasi dengan baik
5. Mampu berkoordinasi dengan efisien
6. Memiliki Kemampuan Kerjasama Tim
7. Mampu mengoperasikan Komputer
 |
| 10. | Pengawasan Internal | Kepala Dinas / kepala bidang melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi dan rapat sewaktu- waktu yang dianggap penting |
| 11. | Jumlah Pelaksana | 3 (tiga) orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | 1. Maklumat Pelayanan
2. Motto Pelayanan
 |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | 1. Data Penduduk dijamin kerahasiannya
2. Petugas yang berkompeten
3. Peralatan Memenuhi Standar
4. Ditandatangani oleh Pejabat yang berwenang dan dibubuhi cap basah menjamin keaslian
 |
| 14. | Evaluasi KinerjaPelayanan | Survey Kepuasan yang berkelanjutan minimal setiap 6 (enam) bulan sekali |

1. **Jenis Perizinan : Pendaftaran peralihan peserta JKN KIS PBPU menunggak kelas 1 selama 12 bulan ke Jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh Pemerintah Kabupaten Belitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN** | **URAIAN** |
| **SERVICE DELIVERY** |
| **1.** | Persyaratan | 1. Fotokopi Kartu Keluarga;
2. Fotokopi KTP
3. Fotokopi Akte Kelahiran Anak
4. Bukti Menunggak dari BPJS Kesehatan
 |
| **2.** | Sistem, mekanisme, dan prosedur | 1. Pemohon membawa Persyaratan ke Dinas Kesehatan ruang Pelayanan Kesehatan Rujukan
2. Petugas melakukan verifikasi dan validasi Berkas Permohonan
3. Pemohon menerima bukti hasil verifikasi
4. Pemohon ke kantor BPJS Kesehatan untuk pengalihan peserta;
 |
| **3.** | **Jangka waktu penyelesaian** | **20 (Dua Puluh) Menit** |
| **4.** | **Biaya/ tarif** | **Gratis** |
| 5. | Produk Pelayanan | Persetujuan peralihan peserta JKN KIS Kelas 1 dan Kelas 2 Mandiri Menunggak |
| 6. | Aduan, Saran, Masukan | 1. Melalui Kotak Saran yang dipasang langsung di ruang depan kantor Dinas Kesehatan Kab. Belitung
2. Surat tertulis ditujukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung.
3. Melalui Telpon Kantor Telp. 0719. 21042
4. Melalui Email,*dinkesbelitung@gmail.com*
 |
| **MANU-FACTURING** |
| 7. | Dasar Hukum | 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
5. Peraturan Bupati Belitung Nomor 36 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan masyarakat Kabupaten Belitung
 |
| 8. | Sarana dan Prasarana dan/ atau Fasilitas | 1. Ruang Pelayanan
2. Leaflet / Pamflet
3. Banner
4. Komputer
5. Printer
6. Blanko verifikasi
 |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | 1. Berpenampilan menarik dan berattitude
2. Menguasai Standar Operasional Prosedur
3. Mengetahui peraturan Perundang -undangan terkait bidang kerjanya
4. Mampu berkomunikasi dengan baik
5. Mampu berkoordinasi dengan efisien
6. Memiliki Kemampuan Kerjasama Tim
7. Mampu mengoperasikan Komputer
 |
| 10. | Pengawasan Internal | Kepala Dinas / kepala bidang melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi dan rapat sewaktu- waktu yang dianggap penting |
| 11. | Jumlah Pelaksana | 3 (tiga) orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | 1. Maklumat Pelayanan
2. Motto Pelayanan
 |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | 1. Data Penduduk dijamin kerahasiannya
2. Petugas yang berkompeten
3. Peralatan Memenuhi Standar
4. Ditandatangani oleh Pejabat yang berwenang dan dibubuhi cap basah menjamin keaslian
 |
| 14. | Evaluasi KinerjaPelayanan | Survey Kepuasan yang berkelanjutan minimal setiap 6 (enam) bulan sekali |

1. **Jenis Perizinan : Pelayanan Kegawatdaruratan Sistem Penanganan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) PSC 119**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN** | **URAIAN** |
| **SERVICE DELIVERY** |
| **1.** | Persyaratan | 1. Pasien dengan Kegawatdaruratan medik di rumah dan kejadian kegawatdaruratan di jalan raya;
2. Pemohon pengguna telkomsel 119 dan langsung terhubung ke Call center Belitung (Gratis)
3. Pemohon pengguna XL menggunakan Pulsa silahkan menghubungi 08174119119
 |
| **2.** | Sistem, mekanisme, dan prosedur | 1. Pasien Gawat Darurat
2. Pemohon / Keluarga / Warga menghubungi PSC 119
3. Petugas melakukan Screening Penelpon
4. Petugas Petugas mendatangi lokasi kejadian dengan menggunakan ambulance atau motor sehati
5. Membawa pasien ke fasilitas pelayanan rujukan
 |
|  **3.** | **Jangka waktu penyelesaian** | **15 (Lima Belas) Menit** |
| **4.** | **Biaya/ tarif** | **Gratis** |
| 5. | Produk Pelayanan | Penanggulangan kegawatdaruratan medik |
| 6. | Aduan, Saran, Masukan | 1. Melalui Kotak Saran yang dipasang langsung di ruang depan kantor Dinas Kesehatan Kab. Belitung
2. Surat tertulis ditujukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung.
3. Melalui Telpon Kantor Telp. 0719. 21042
4. Melalui Email, *dinkesbelitung@gmail.com*
 |
| **MANU-FACTURING** |
| 7. | Dasar Hukum | 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
5. Peraturan Bupati Belitung Nomor 27 Tahun 2018 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
 |
| 8. | Sarana dan Prasarana dan/ atau Fasilitas | 1. Ruang operator 119
2. Leaflet / Pamflet
3. Formulir data pasien
4. Banner
5. Komputer
6. Printer
7. Mobil ambulance
8. Motor ambulance
9. Perlengkapan kegawatdaruratan medik
10. Wifi
11. Kursi
12. Meja
 |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | 1. Berpenampilan menarik dan berattitude
2. Menguasai Standar Operasional Prosedur
3. Mengetahui peraturan Perundang-undangan terkait bidang kerjanya
4. Mampu berkomunikasi dengan baik
5. Mampu berkoordinasi dengan efisien
6. Memiliki Kemampuan Kerjasama Tim

Mampu mengoperasikan Komputer |
| 10. | Pengawasan Internal | Kepala Dinas / Kepala Bidang melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi dan rapat sewaktu- waktu yang dianggap penting |
| 11. | Jumlah Pelaksana | *15* (lima belas) orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | 1. Maklumat Pelayanan
2. Pakta Integritas
3. Motto Pelayanan
 |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | 1. Data pasien dijamin kerahasiannya
2. Petugas yang berkompeten
3. Peralatan Memenuhi Standar
 |
| 14. | Evaluasi KinerjaPelayanan | Survey Kepuasan yang berkelanjutan minimal setiap 6 (enam) bulan sekali |