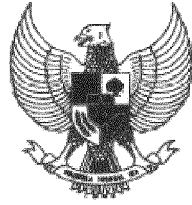


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 316/Menkes/SK/V/2009
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2009**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas);
- b. bahwa dalam rangka melanjutkan program dan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan, dipandang perlu melakukan penyempurnaan terhadap Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang telah ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/MENKES/SK/II/2008;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan kembali Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
8. 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);
9. Undang-Undang Nomor 41 Tahun 2008 tentang Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2009 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Nomor Republik Indonesia 4920);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
13. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2006 tentang Perubahan Kedua Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1295/Menkes/Per/XII/2007 tentang Perubahan Pertama atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2009**

Kedua : Pedoman Pelaksanaan sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Keempat : Dengan ditetapkannya Keputusan ini Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Kelima : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2009.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 1 Mei 2009

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 316/Menkes/SK/V/2009
Tanggal : 1 Mei 2009

PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2009

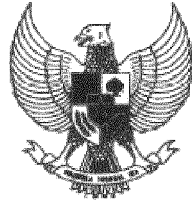
BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu.

Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 tahun (BPS 2007).

Derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket* dan kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktivitas



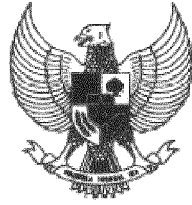
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu. Pada tahun 2008, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke-5 (lima) dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya.

Pelaksanaan Jamkesmas 2009 merupakan kelanjutan pelaksanaan Jamkesmas 2008 dengan penyempurnaan dan peningkatan yang mencakup aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, organisasi dan manajemen. Untuk aspek kepesertaan, Jamkesmas tetap mencakup 76,4 juta jiwa dengan dilakukan *updating* peserta Jamkesmas di Kabupaten/Kota, optimalisasi data masyarakat miskin, termasuk gelandangan, pengemis, anak terlantar dan masyarakat miskin tanpa identitas. Peningkatan peran pemerintah daerah dalam berkontribusi terhadap masyarakat miskin di luar kuota. Dalam program ini, PT Askes (Persero) tetap melaksanakan tugas dalam manajemen kepesertaan Jamkesmas. Sebagai kelanjutan Jamkesmas 2008, dilakukan peningkatan pelayanan kesehatan dan penerapan sistem *Indonesian Diagnosis Related Group* (INA-DRG) dalam upaya kendali biaya dan kendali mutu pada seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) lanjutan sejak 1 Januari 2009. Mekanisme penyaluran dana untuk puskesmas melalui kantor pos dan rumah sakit dari kas negara melalui Bank Rakyat Indonesia (BRI). Pengelolaan dana dari pemerintah daerah didorong melalui mekanisme jaminan kesehatan. Pertanggungjawaban dana berdasarkan paket tarif INA-DRG menjadi sah setelah dilakukan verifikasi oleh verifikator independen. Dalam organisasi dan manajemen, peran Tim Pengelola dan Tim Koordinasi baik di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota terus ditingkatkan.

Berdasarkan perubahan-perubahan kebijakan pelaksanaan Tahun 2009, perlu di terbitkan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2009 dengan berbagai penyempurnaan. Pedoman ini memberikan petunjuk secara umum kepada semua pihak terkait dalam mekanisme pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2009. Untuk pengaturan lebih teknis maka



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

diterbitkan beberapa Petunjuk Teknis, dan pengembangan secara bertahap Sistem Informasi Manajemen yang berbasis teknologi informasi.

B. TUJUAN DAN SASARAN

1. Tujuan Penyelenggaraan Jamkesmas

Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Tujuan Khusus:

- a. Meningkatnya cakupan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

2. Sasaran

Sasaran program adalah masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB II

PENYELENGGARAAN

KEBIJAKAN OPERASIONAL

1. JAMKESMAS adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi portabilitas dan ekuitas dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu.
2. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.
3. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu mengacu pada prinsip-prinsip:
 - a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu.
 - b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
 - c. Pelayanan Terstruktur, berjenjang dengan Portabilitas dan ekuitas.
 - d. Transparan dan akuntabel.



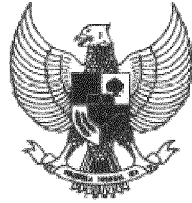
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB III

TATA LAKSANA KEPESERTAAN

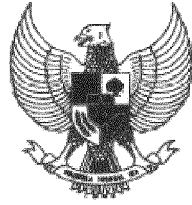
A. KETENTUAN UMUM

1. Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes) sesuai SK Menkes Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 yang telah ditetapkan nomor, nama dan alamatnya melalui SK Bupati/Walikota tentang penetapan peserta Jamkesmas serta gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis, penyakit kusta dan sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) yang belum menjadi peserta Jamkesmas. **Jumlah sasaran peserta (kuota) masing-masing Kabupaten/Kota sebagai mana terlampir.**
2. Terhadap SK Bupati/Walikota tentang penetapan peserta Jamkesmas yang diterbitkan pada tahun 2008 dilakukan *updating* data untuk kondisi peserta yang meninggal, pindah alamat, status ekonomi yang meningkat dan bayi baru lahir dari keluarga peserta Jamkesmas. *Updating* dilakukan Pemerintah Daerah setempat untuk selanjutnya diikuti addendum SK Bupati/Walikota. ***Updating* data peserta Jamkesmas dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali.**
3. Pada Kabupaten/Kota yang menetapkan peserta Jamkesmas di bawah kuota pada tahun 2008, dilakukan *updating* sekaligus optimalisasi pada tahun 2009 sesuai jumlah kuota yang ditetapkan. *Updating* dan optimalisasi dilakukan Pemerintah Daerah setempat untuk selanjutnya diikuti addendum SK Bupati/Walikota.
4. **Apabila masih terdapat masyarakat miskin yang tidak terdapat dalam kuota Jamkesmas, pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat dan mekanisme pengelolannya mengikuti model Jamkesmas.**
5. SK Bupati/Walikota yang telah diaddendum berkaitan dengan *updating* dan optimalisasi peserta Jamkesmas sejumlah kuota kabupaten/kota dikirimkan dalam bentuk dokumen **elektronik (soft copy) dan dokumen cetak (hard copy)** kepada PT Askes (Persero) setempat untuk segera diterbitkan dan didistribusikan kartu ke peserta.
6. Selanjutnya PT Askes (Persero) berkewajiban menyerahkan database kepesertaan baru kepada:
 - a. Rumah sakit setempat untuk selanjutnya menjadi milik RS dan digunakan sebagai data peserta JAMKESMAS yang dapat dilayani di Rumah Sakit
 - b. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Tim Pengelola



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- JAMKESMAS Kabupaten/Kota setempat sebagai bahan pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan dan bahan analisis.
- c. Dinas Kesehatan Propinsi atau Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi setempat sebagai bahan kompilasi kepesertaan, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.
 - d. Departemen Kesehatan RI, sebagai database kepesertaan nasional, bahan dasar verifikasi Tim Pengelola Pusat, pembayaran klaim Rumah Sakit, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.
7. Gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis, penyakit kusta dan sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) yang belum menjadi peserta Jamkesmas tidak perlu menggunakan kartu Jamkesmas dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. **Kelompok ini wajib mendapatkan pelayanan kesehatan apabila memerlukan dan berkoordinasi dengan Dinas Sosial setempat atau Rumah Sakit membentuk Tim Kecil untuk melakukan verifikasi kepesertaan kelompok tersebut.** Selanjutnya PT Askes (Persero) wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut.
 8. Setelah peserta menerima kartu Jamkesmas maka kartu lama yang diterbitkan sebelum tahun 2008 atau SKTM, dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu/SKTM dari peserta.
 9. Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta JAMKESMAS:
 - a. otomatis menjadi peserta Jamkesmas
 - b. mendapatkan hak kepesertaan sepanjang orangtua bayi tersebut menjadi peserta Jamkesmas
 - c. pada saat pelayanan kesehatan perlu segera diberikan, sementara belum mendapatkan kartu dapat digunakan kartu Jamkesmas orang tuanya.
 10. Bila terjadi kehilangan kartu Jamkesmas, peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan dilakukan pengecekan database kepesertaan dan selanjutnya dilaporkan ke PT Askes (Persero) setempat untuk diterbitkan kartu ulang.
 11. Bagi peserta yang pindah domisili minimal antar kabupaten/kotya, hak kepesertaannya masih dimiliki dengan melaporkan kepindahannya kepada aparat Pemda setempat dan PT Askes (Persero) setempat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagi pasien lanjutan dengan kasus life saving yang tidak masuk dalam kuota Jamkesmas tetapi telah mendapatkan pelayanan sebelum 1 September 2008. Sedangkan pemerintah daerahnya belum tersedia dana, atas pertimbangan kemanusiaan masih dapat dijamin melalui Jamkesmas dengan persyaratan sebagai berikut:

- 1) Ada pernyataan ketidak sanggupannya membiayai dari Pemda setempat
- 2) Dilaksanakan klarifikasi oleh rumah sakit bersama-sama dengan petugas Askes dan Tim Pengelola Jamkesmas kab/kota
- 3) Dilaporkan kepada Tim Pengelola Pusat untuk dilakukan penetapan pembiayaannya.

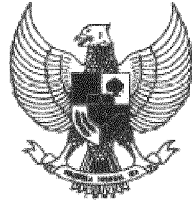
B. ADMINISTRASI KEPESERTAAN

Administrasi kepesertaan meliputi: registrasi, penerbitan dan pendistribusian Kartu sampai ke Peserta sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota.
2. Entry data setiap peserta meliputi antara lain :
 - a. nomor kartu,
 - b. nama peserta,
 - c. jenis kelamin
 - d. tempat dan tanggal lahir/umur
 - e. alamat
3. Berdasarkan database tersebut kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan sampai ke peserta dilakukan oleh PT Askes (Persero) dengan bekerja sama dengan pihak ketiga.
4. PT Askes (Persero) menyerahkan Kartu peserta kepada yang berhak, dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta dan dibuat berita acara yang ditandatangani oleh PT Askes (Persero) dengan pihak ketiga diketahui Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
5. PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Departemen Kesehatan R.I, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/ Kota serta Rumah Sakit setempat

C. VERIFIKASI KEPESERTAAN

1. PT Askes (Persero) wajib menempatkan petugas di PPK untuk melaksanakan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan database kepesertaan yang ada di PPK untuk selanjutnya diterbitkan Surat Keabsahan

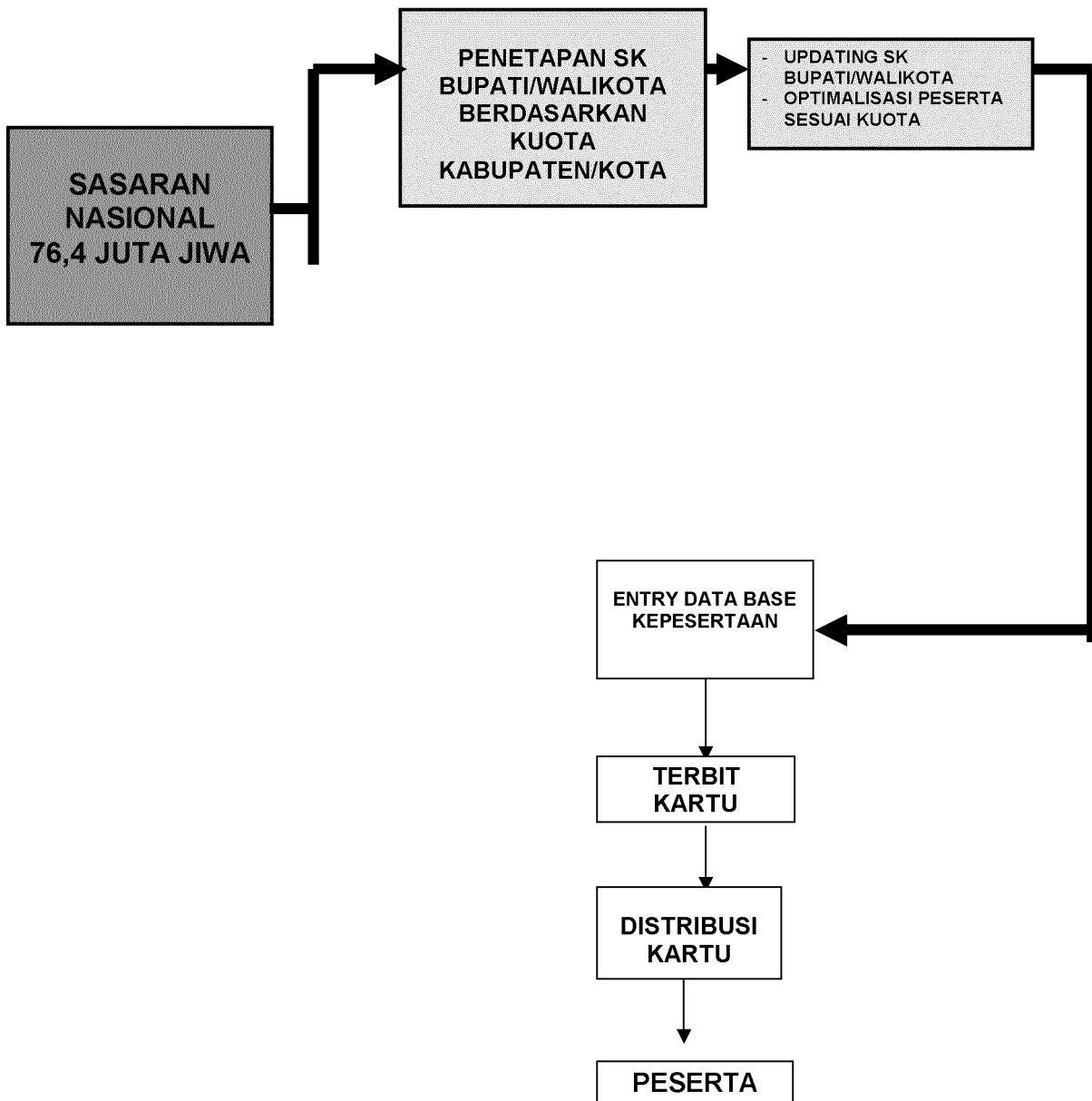


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Peserta (SKP) terhadap peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut. **Dalam verifikasi kepesertaan perlu dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk.**

- Bayi baru lahir dari peserta JAMKESMAS yang memerlukan pelayanan kesehatan mendapatkan surat keabsahan peserta dengan melihat keabsahan kepesertaan orangtuanya kemudian diterbitkan kartunya **dengan menginduk pada Kartu Keluarga (KK) orangtuanya.**

ALUR REGISTRASI DAN DISTRIBUSI KARTU PESERTA JAMKESMAS 2009





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB IV

TATALAKSANA PELAYANAN KESEHATAN

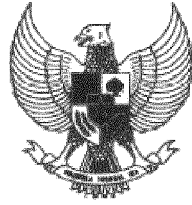
A. KETENTUAN UMUM

1. Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan rawat inap Tingkat Pertama (RITP), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.
2. Manfaat jaminan yang diberikan ke peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, bukan berupa uang tunai.
3. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
4. Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. **Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta)** dan pembiayaannya menjadi bagian dari pembiayaan Jamkesmas di Puskesmas yang besarnya diatur oleh Perda atau SK Bupati/Walikota.
5. Pelayanan tingkat lanjut (rawat jalan dan rawat inap) diberikan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/Polri dan RS Swasta di ruang rawat inap kelas III (tiga), sebagai PPK Jamkesmas.
6. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan penanganan keadaan gawat darurat kepada peserta walaupun tidak sebagai PPK Jamkesmas sebagai bagian dari fungsi sosial PPK dan selanjutnya segera merujuk ke PPK yang bekerjasama dalam program Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut.
7. Pemberian pelayanan kepada peserta dalam Jamkesmas oleh PPK harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

B. PROSEDUR PELAYANAN

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Dasar
Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas (mekanisme lebih lanjut diatur dalam juknis pelayanan kesehatan

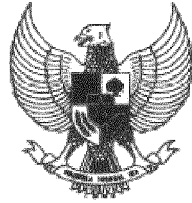


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dasar).

2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta JAMKESMAS yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (rawat jalan dan rawat inap), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut disertai kartu peserta Jamkesmas dan surat rujukan yang **ditunjukkan sejak awal** sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan (termasuk pindah kelas atau berubah status, kepindahan kelas oleh RS karena kelas III penuh, RS tetap mengklaim dengan kelas III).
- b. Kartu peserta Jamkesmas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapan berkasnya oleh petugas PT Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap dan benar, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan **Surat Keabsahan Peserta (SKP)**, dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan (termasuk konfirmasi kepesertaan oleh PT. Askes/merujuk data base).
- c. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana butir (a) di atas meliputi :
 - 1) Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/ BBKPM /BKPM/BP4/BKIM.
 - 2) Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit dan tidak diperkenankan pindah kelas atas permintaannya.
 - 3) Pelayanan obat-obatan
 - 4) Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik
- d. Pada kasus yang memerlukan perawatan yang berkelanjutan dalam waktu yang lama dengan diagnosa yang sama, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan dan dapat diperbaharui sepanjang masih dalam perawatan yang sama, sedangkan pada kasus khusus yaitu kasus gangguan kejiwaan yang memerlukan perawatan terus menerus, surat rujukan dapat berlaku selama 3 bulan dan dapat diperbaharui sepanjang masih dalam perawatan yang sama. (SKP diperlukan untuk kasus-kasus serial terapi, setiap kali datang).
- e. Pasien Jamkesmas yang dirujuk dari satu RS ke RS lainnya termasuk rujukan antar RS dari satu daerah ke daerah lainnya harus dilengkapi surat rujukan dari RS yang merujuk dilampiri kartu peserta yang sah serta surat pengantar dari PT.Askes yang menerangkan status kepesertaannya. Bila tidak ada surat pengantar dari PT. Askes, maka PPATRS Rumah sakit setempat yang melakukan konfirmasi kepada asal rujukan atau merujuk pada data base nasional.
- f. Pada kasus yang dilayani di unit gawat darurat, harus dapat dibedakan antara kasus-kasus murni gawat darurat dan kasus-kasus non gawat darurat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Apabila peserta yang murni emergensi memerlukan rawat inap dan berkasnya belum lengkap, maka yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapi berkasnya atau mengacu pada data base yang dilakukan oleh verifikator kepesertaan (PT Askes) dengan melakukan konfirmasi ke daerah asal peserta/kartu diterbitkan.

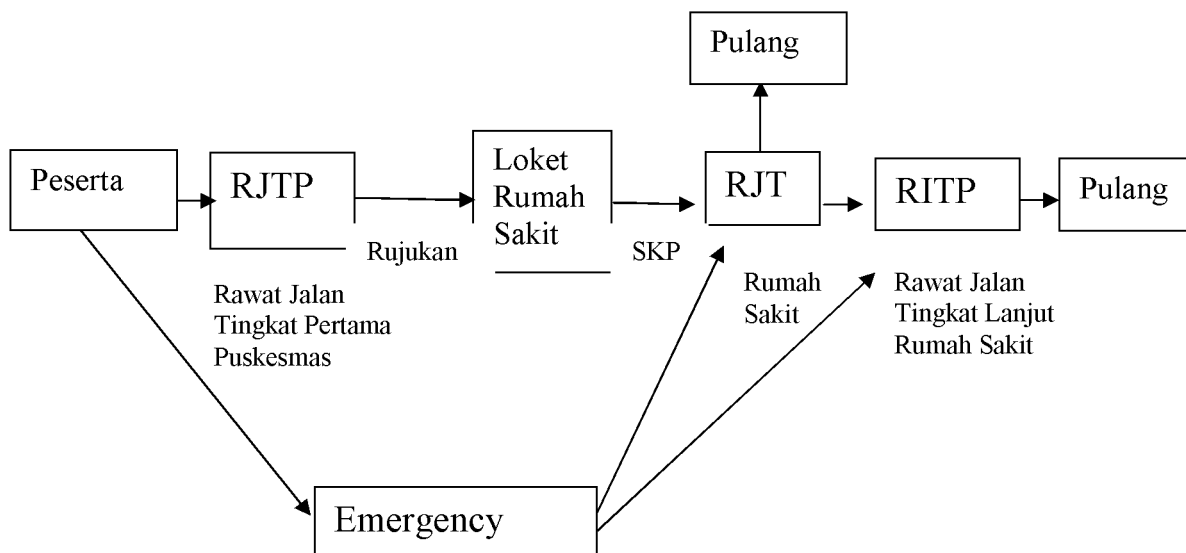
- g. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut :
- 1) Menggunakan obat generik yang ada di Puskesmas dan jaringannya atau persediaan instalasi/gudang farmasi yang ada di Dinkes Kab/Kota. Puskesmas tidak boleh mengadakan obat dengan menggunakan dana Jamkesmas.
 - 2) Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, **Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan obat serta bahan dan alat medis habis pakai** untuk pelayanan kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu yang diperlukan. Agar terjadi efisiensi di RS, pelayanan obat dapat dilakukan dengan mengacu kepada **Formularium obat pelayanan kesehatan program ini** (sebagaimana terlampir). Untuk alat-alat bantu untuk pasien dalam paket INA-DRG, misalnya pampers untuk pasien perlu dikonsultasikan dengan *centre for case mix*.
 - 3) Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana butir 2) diatas maka menjadi kewajiban RS untuk memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
 - 4) Pemberian obat untuk pasien rawat jalan di pelayanan dasar dan lanjutan diberikan selama 3-5 hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 5 (lima) hari sesuai dengan kebutuhan medis.
 - 5) Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit **dapat mengganti obat** sebagaimana butir 2) diatas dengan obat-obatan yang jenisnya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
- h. Pelayanan kesehatan RJTL dan RITL di Rumah Sakit dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut INA-DRG, sehingga **dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa yang tepat sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM sebagai dasar penetapan kode INA-DRG**
- i. Apabila dalam proses pelayanan terdapat **kondisi yang memerlukan pelayanan khusus dengan diagnosa penyakit/prosedur yang belum tercantum dalam Tarif Paket INA-DRG sebagaimana butir (h)**, maka dilakukan pengaturan khusus untuk hal tersebut (juknis/lampiran/surat keputusan/surat edaran).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- j. Dalam menegakkan diagnose, **dokter yang memeriksa harus mencantumkan nama jelas dan memberi tanda tangan pada catatan medis.**
- k. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks dengan severity level-3 menurut kode INA-DRG maka disamping harus dilengkapi butir (j) diatas juga **harus mendapatkan persetujuan dan pengesahan komite medik/direktur RS.**
- l. Untuk pemeriksaan/pelayanan dengan menggunakan alat canggih (CT Scan, MRI, dan lain-lain), dokter yang menangani harus mencantumkan namanya dengan jelas dan menandatangani lembar pemeriksaan/pelayanan kemudian disahkan oleh komite medik/direktur RS.
- m. Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, maka peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

ALUR PELAYANAN KESEHATAN



C. MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain:

1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringanya
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik **dalam maupun luar gedung** meliputi pelayanan :
 - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- kesehatan
- 2) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - 3) Tindakan medis kecil
 - 4) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/ tambal
 - 5) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
 - 6) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
 - 7) Pemberian obat.
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
- 1) Akomodasi rawat inap
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - 3) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - 4) Tindakan medis kecil
 - 5) Pemberian obat
 - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)
- c. Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas perawatan dan non-perawatan/bidan didesa/Poskesdes/dirumah pasien/praktek dokter/bidan swasta.
- d. Pelayanan gawat darurat (*emergency*). Kriteria/diagnosa gawat darurat, sebagaimana terlampir.
2. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM:
- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialisik, poliklinik spesialis RS Pemerintah, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM meliputi:
- 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum
 - 2) Rehabilitasi medik
 - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
 - 4) Tindakan medis kecil dan sedang
 - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - 6) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/ keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)
 - 7) Pemberian obat yang mengacu pada Formularium Rumah Sakit
 - 8) Pelayanan darah
 - 9) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah, meliputi :
- 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
 - 4) Tindakan medis
 - 5) Operasi sedang dan besar
 - 6) Pelayanan rehabilitasi medis
 - 7) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
 - 8) Pemberian obat mengacu Formularium RS program ini
 - 9) Pelayanan darah (perlu kerjasama dengan PMI Nasional)
 - 10) Bahan dan alat kesehatan habis pakai (bekerjasama dengan distributor BHP)
 - 11) Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK)
- c. Pelayanan gawat darurat (*emergency*) kriteria gawat darurat, sebagaimana terlampir
3. Pelayanan Yang Dibatasi (*Limitation*)
- a. Kacamata diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan lensa koreksi minimal +1/-1 berdasarkan resep dokter dengan nilai maksimal **Rp.150.000,-**
 - b. Pada kasus yang memerlukan Intra Ocular Lens (IOL), dapat diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, berdasarkan **harga yang paling murah** dan ketersediaan alat tersebut di daerah
 - c. Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan **harga yang paling murah** dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
 - d. Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
 - e. Pemakaian bahan medis habis pakai khusus pada pelayanan tindakan jantung dan pembuluh darah serta orthopaedi, seperti ring, stein, pen dan screw memerlukan pengesahan Komite Medik.
 - f. Pelayanan penunjang diagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus 'life-saving' dan kebutuhan penegakkan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian dan pengesahan oleh Komite Medik.
- Bahan medis habis pakai (BMHP) tertentu seperti butir b, c, d, e, tersebut diatas belum termasuk dalam paket INADRG sehingga masih dapat diklaimkan secara terpisah. Untuk itu perlu dilakukan kerjasama antara RS dan distributor untuk menjamin kepastian penyediaan dan harga BMHP yang paling efisien.
4. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
- b. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
- c. General check up
- d. Prothesis gigi tiruan.
- e. Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah
- f. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.
- g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam
- h. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial

Biaya transport rujukan pasien gawat darurat dari Puskesmas ke sarana pelayanan kesehatan di atasnya menjadi tanggung jawab Puskesmas yang merujuk (PP), sedangkan biaya transportasi pemulangan pasien dari RS serta rujukan dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit lainnya tidak tertampung dalam program ini dan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah tempat asal pasien.

RS melakukan penyiapan pelaksanaan INA-DRG meliputi penyiapan hardware (komputer grouper, entry, kecukupan jumlahnya), penyiapan software dan aktivasinya, serta penyiapan brainware (SDM)

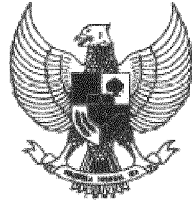
Pemberlakuan INA-DRG meliputi berbagai aspek yakni; penyiapan software dan aktivasinya, administrasi klaim dan proses verifikasi. Agar dapat berjalan dengan baik; dokter harus menuliskan diagnose menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM, melaksanakan pelayanan sesuai dengan clinical pathway dan menggunakan sumber daya yang paling efisien.

Bagi sarana pelayanan kesehatan penerima rujukan, wajib memberikan jawaban atas pelayanan rujukan (Rujukan Balik) ke sarana pelayanan kesehatan yang merujuk disertai keterangan tindak lanjut yang harus dilakukan

D. PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

Dipertimbangkan untuk dibuat PKS yang lebih sederhana/PPK pada tingkat atas atau hanya untuk PPK swasta saja?

1. Jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam program Jamkesmas 2009, adalah PPK yang sebelumnya telah mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) dan tidak mengakhirinya PKS serta PPK



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- baru lainnya sepanjang bersedia memenuhi kriteria dan persyaratan yang telah ditetapkan.
2. Jaringan PPK program Jamkesmas sebagaimana dimaksud butir (1) dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota setempat berdasarkan kebutuhan. **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota** membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan PPK setempat yang diketahui Kepala Dinas Kesehatan Propinsi meliputi berbagai aspek pengaturannya.
 3. PPK baru yang berkeinginan bekerjasama dalam program Jamkesmas, mengajukan permohonan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota setempat disertai dokumen lengkap terdiri dari :
 - a. profil PPK
 - b. perizinan PPK pemohon (ijin tetap atau ijin operasional sementara)
 - c. dan penetapan kelas RS (kelas A, B, C, atau D) dari Ditjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI (Khusus untuk Balai Balai Kesehatan tidak memerlukan penetapan kelas)
 - d. Pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program Jamkesmas sebagaimana diatur dalam pedoman pelaksanaan program Jamkesmas.
 4. Berdasarkan dokumen tersebut maka dinkes kab/kota setempat memberikan penilaian terhadap PPK pemohon, apabila telah memenuhi persyaratan diatas, maka dilakukan PKS antara Kadinkes Kabupaten/Kota dan PPK, diketahui oleh Dinas Kesehatan Propinsi. (contoh PKS dapat diakses di www.jpkm-online.net)
 5. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kab/Kota mendaftarkan PPK pemohon kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat, dan seterusnya diterbitkan SK Tim Pengelola Pusat sehingga PPK tersebut resmi masuk dalam jaringan PPK Jamkesmas.

Lampiran 3 :

Point 1 :

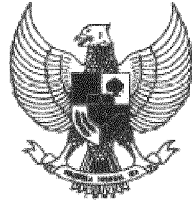
Lampiran Formularium obat (sebagai acuan)

Point 2 :

Jenis pelayanan dan tindakan dan BMHP yang belum termasuk dalam Paket INA-DRG yang masih dapat diklaimkan terpisah.

Point 3 :

Lampiran SK Dirjen mengenai diganosa di UGD



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB V

TATA LAKSANA PENDANAAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Pendanaan Program JAMKESMAS merupakan belanja bantuan sosial.
2. Pembayaran kepada rumah sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM diperhitungkan berdasarkan tarif paket INA-DRG
3. Pembayaran ke PPK disalurkan langsung dari kas Negara melalui PT POS kepada puskesmas dan KPPN melalui BANK ke Rumah Sakit/BBKPM/BKMM/ BKPM/BP4/BKIM
4. Peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

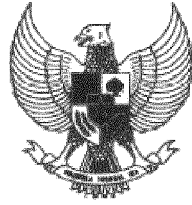
B. SUMBER DAN ALOKASI DANA

Sumber Dana berasal dari APBN sektor Kesehatan Tahun Anggaran 2009 dan APBD. **Pemerintah daerah berkontribusi** dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu di daerah masing-masing meliputi antara lain :

1. Masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).
2. Selisih harga diluar tarif paket INA-DRG, penyediaan darah, alat kesehatan khusus dan obat.
3. Biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien maskin dari RS Kabupaten/ Kota ke RS yang dirujuk. Sedangkan biaya transportasi rujukkan dari puskesmas ke RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM ditanggung oleh biaya operasional Puskesmas.
4. Penanggungungan biaya transportasi pendamping pasien rujukan.
5. Akomodasi Pendamping pasien rawat inap.
6. Menanggulangi kekurangan dana operasional Puskesmas.
7. Biaya lain-lain sesuai dengan spesifik daerah (misalnya biaya pemakaman jenazah, kremasi, dll)

Dana program dialokasikan untuk membiayai kegiatan pelayanan kesehatan dan manajemen operasional program JAMKESMAS dengan rincian sebagai berikut :

1. Dana Pelayanan Kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu di:
 - a. Puskesmas dan jaringannya,
 - b. Rumah Sakit,
 - c. Rumah Sakit Khusus
 - d. Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM),



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- e. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM),
 - f. Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM),
 - g. Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4),
 - h. Balai Kesehatan Indra Masyarakat (BKIM)
2. Dana manajemen operasional:
- a. TP Jamkesmas di Pusat,
 - b. Propinsi dan
 - c. Kab/Kota

Dana manajemen operasional tersebut digunakan untuk:

- a. Administrasi kepesertaan,
- b. Koordinasi Pelaksanaan dan Pembinaan program,
- c. Advokasi, Sosialisasi,
- d. Rekrutmen dan Pelatihan,
- e. Monitoring dan Evaluasi Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat,
- f. Kajian dan survey,
- g. Pembayaran honor, investasi dan operasional,
- h. Perencanaan dan pengembangan program,
- i. Sistem Informasi Manajemen (SIM) Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).

C. PENYALURAN DANA KE PPK

1. PUSKESMAS

Dana untuk Pelayanan Kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung dari Departemen Kesehatan (cq Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat) ke Puskesmas melalui pihak PT Pos Indonesia. Penyaluran dana ke Puskesmas berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mencantumkan nama dan alokasi Puskesmas penerima dana yang akan dikirimkan secara bertahap.

2. RUMAH SAKIT /BKMM /BBKPM /BKPM /BP4 /BKIM

Dana untuk Pelayanan Kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu di Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM disalurkan langsung dari Departemen Kesehatan melalui Kas Negara (KPPN) ke rekening Bank Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM. Pada tahap pertama diluncurkan dana awal sebesar 4 (empat) bulan dana pelayanan kesehatan yang diperhitungkan berdasarkan jumlah pemanfaatan dana rata-rata perbulan tahun sebelumnya. Luncuran dana tahap selanjutnya akan diperhitungkan berdasarkan laporan pertanggungjawaban pemanfaatan dana luncuran sebelumnya. Apabila terjadi kekurangan atau kelebihan dana luncuran pada akhir tahun anggaran akan diatur lebih lanjut sesuai ketentuan yang berlaku.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

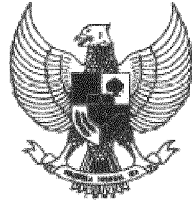
D. PENCAIRAN DAN PEMANFAATAN DANA DI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

1. PUSKESMAS

- a. Puskesmas membuat *Plan Of Action* (POA) yang telah dibahas dan disepakati sebelumnya pada forum lokakarya mini Puskesmas.
- b. Setiap pengambilan dana dari rekening Puskesmas harus mendapat persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk sesuai dengan POA yang telah disusun sebagaimana butir a.
- c. Dana yang diterima Puskesmas, dimanfaatkan untuk membiayai:
 - 1) Dana pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:
 - a) Biaya pelayanan dalam dan luar gedung
 - b) Biaya jasa pelayanan kesehatan
 - c) Biaya transportasi petugas
 - d) Biaya rawat inap
 - e) Biaya penanganan komplikasi kebidanan dan neonatal di Puskesmas PONED
 - f) Biaya jasa pelayanan dokter spesialis dan penggunaan peralatan penunjang spesialistik
 - g) Biaya transport dan petugas kesehatan pendamping untuk rujukan
 - 2) Dana pertolongan persalinan:
 - a) Biaya pertolongan persalinan normal
 - b) Biaya pelayanan nifas

Pengelolaan dan pemanfaatannya secara rinci atas dana pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya diatur dalam Keputusan Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Nomor HK.03.05/BI.3/2036/2007 Tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar dan Pertolongan Persalinan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin di Puskesmas dan jaringannya Tahun 2007

Biaya jasa pelayanan kesehatan mengacu pada Perda Tarif. Apabila dalam Perda Tarif tersebut tidak mengatur tentang jasa pelayanan kesehatan dapat dibuatkan Surat Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan usulan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. RUMAH SAKIT/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM

Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dapat langsung mencairkan dana luncturan tersebut dan dipertanggungjawabkan dengan menggunakan software INA-DRG yang selanjutnya akan dilengkapi dengan penambahan 4 (empat) variabel (nama pasien, no SKP, nama dokter pemeriksa, tanda tangan komite medik untuk kasus severity level 3), selanjutnya di verifikasi dan ditanda tangani oleh verifikator independen.

Rumah sakit dapat memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing, antara lain jasa medis/jasa pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan administrasi pendukung lainnya. Khusus untuk belanja investasi misalnya untuk rehabilitasi atau pembangunan dan perluasan gedung, harus mendapat persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi bagi Rumah Sakit Daerah dan persetujuan dari Ditjen Bina Yanmed untuk Rumah Sakit Vertikal.

Khusus untuk jasa medis/jasa pelayanan ditetapkan direktur rumah sakit setinggi tingginya 44% dari total dana yang sudah dipertanggungjawabkan.

Berdasarkan Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2009, maka rumah sakit melakukan klaim dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut;

- 1. Untuk berbagai jenis pelayanan (tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya, tidak termasuk pelayanan haemodialisa) diklaimkan secara terpadu oleh Rumah Sakit sehingga biaya diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan.**
- 2. Dalam format klaim wajib dicantumkan diagnosa sebagai pembelajaran awal penerapan INA-DRG**
- 3. Perlu diperhatikan untuk kasus security level 3, kasus/tindakan yang jumlahnya banyak dan kasus katastrofik wajib diadakan penelusuran oleh verifikator.**



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

E. PEMBAYARAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN DANA PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

1. PUSKESMAS

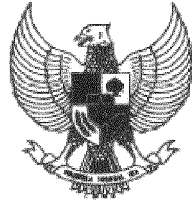
Pembayaran ke Puskesmas dan jaringannya harus dipertanggungjawabkan dengan dilakukan verifikasi pelayanan oleh Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota. Verifikasi tersebut meliputi: RJTP (jumlah kunjungan dan rujukan), RITP, Persalinan, Transportasi Rujukan, Pelayanan Spesialistik.

2. RUMAH SAKIT/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM

Prosedur pembayaran pelayanan kesehatan di Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dilakukan secara bertahap. Tahapan pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

a. Pembayaran Dana luncuran Pertama (awal) tahun 2009

- 1) Departemen Kesehatan mengucurkan dana awal pada bulan Februari 2009 ke rekening RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM. Besarnya jumlah dana yang dibayarkan dipehitungkan berdasarkan rata-rata pembayaran per bulan di Rumah Sakit pada tahun sebelumnya. Dana luncuran tersebut langsung disalurkan dari Departemen Kesehatan melalui KPPN Pusat ke Rekening RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM.
- 2) RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dapat langsung mengambil dan menggunakan dana tersebut untuk pelayanan kesehatan peserta.
- 3) Pertanggung jawaban dana awal tersebut berupa klaim pelayanan RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM untuk pelayanan tahun 2009 yang besarnya sesuai Tarif Paket INA-DRG
- 4) Laporan pertanggungjawaban dana awal tersebut langsung dikirim ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat, dengan menggunakan software INA-DRG yang selanjutnya akan dilengkapi dengan 4 (empat) variable yaitu nama pasien, nomor SKP, nama dokter pemeriksa dan tanda tangan komite medik (untuk kasus yang masuk severity level 3).
- 5) Dana luncuran berikutnya dapat disalurkan bila dana luncuran awal telah dipertanggungjawabkan.
- 6) Penerimaan klaim bagi RS Daerah, pertanggungjawaban, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan pada mekanisme Daerah. Khusus untuk RS Vertikal/BKMM/BBKPM /BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit swasta disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.
- 7) Rumah Sakit dapat memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing

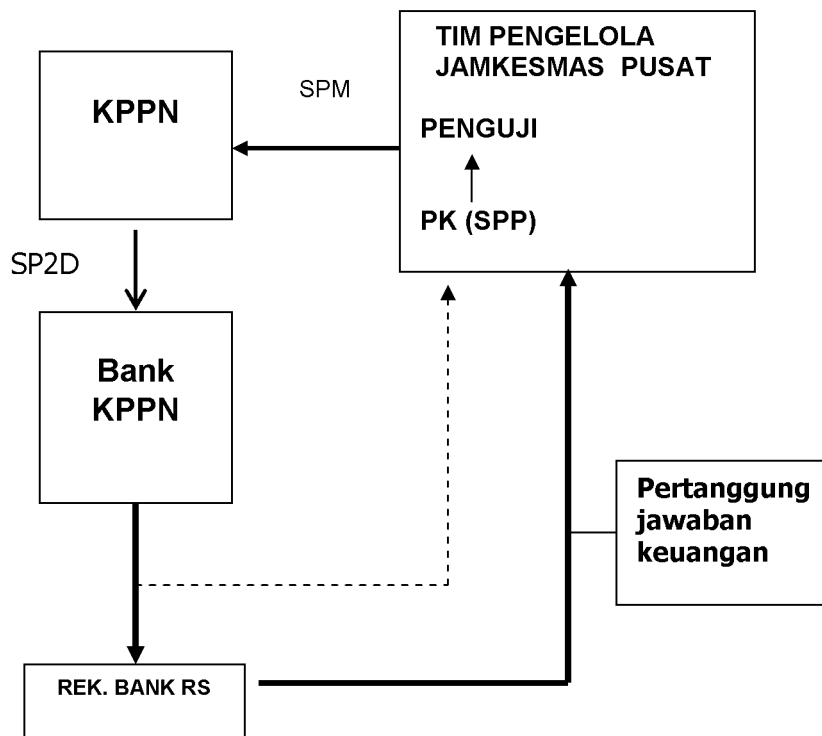


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM antara lain: jasa medik/pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan kebutuhan administrasi pendukung lainnya. Khusus untuk belanja investasi untuk Rumah Sakit daerah harus mendapat persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan untuk Rumah Sakit Vertikal persetujuan dari Dirjen Bina Yanmed. (duplikasi dengan D No 2)

- 8) Seluruh berkas dokumen pertanggung jawaban disimpan oleh RS, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
- 9) RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota.
- 10) Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota melakukan rekapitulasi realisasi klaim dan mengirimkan ke Tim Pengelola Propinsi
- 11) Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi melakukan rekapitulasi realisasi klaim dan mengirimkan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat

BAGAN ALUR PENYALURAN DANA AWAL





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b. Pembayaran Dana Luncuran selanjutnya

Pembayaran melalui dana luncuran selanjutnya akan dilakukan dengan memperhitungkan laporan pertanggungjawaban pemanfaatan dana luncuran sebelumnya.

Pelaksanaan verifikasi mengacu pada paket tarif INA-DRG, dengan demikian pembayaran dilakukan berdasarkan pertanggungjawaban yang di verifikasi.

- 1) Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM mengajukan pertanggungjawaban (setiap minggu), sedangkan verifikasinya dilakukan setiap hari oleh tenaga verifikasi
- 2) Pertanggungjawaban yang telah diverifikasi dikirimkan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat yang ditanda tangani direktur Rumah Sakit dan diketahui oleh pelaksana Verifikasi
- 3) Terhadap pertanggungjawaban tersebut dilakukan telaah dan otorisasi oleh Tim Pengelola Pusat.
- 4) Dasar pertanggungjawaban dana mengacu pada paket tarif INA-DRG dengan menambahkan nama pasien, no. SKP, serta nama dokter, TANDA TANGAN, yang memeriksa atau melakukan tindakan.

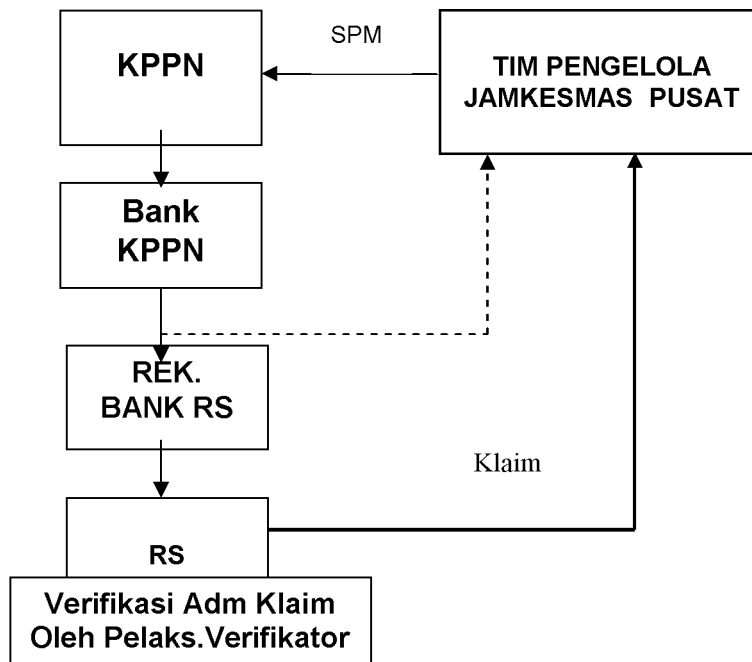
Apabila terjadi Kekurangan atau kelebihan dana luncuran pada akhir tahun anggaran akan diatur lebih lanjut sesuai ketentuan yang berlaku.

Pemanfaatan/pengelolaan keuangan di PPK disesuaikan dengan ketentuan, peraturan dan perundang-undangan yang berlaku



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAGAN ALUR PENYALURAN DANA BERDASARKAN KLAIM RUMAH SAKIT



F. VERIFIKASI

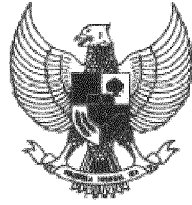
Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh PPK. Verifikasi di Puskesmas dilaksanakan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota. Verifikasi di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dilakukan oleh tenaga pelaksana verifikasi independen. Standar pelaksanaan verifikasi di puskesmas dan RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM diatur lebih lanjut dalam petunjuk teknis verifikasi klaim Jamkesmas.

Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat meliputi:

- verifikasi administrasi kepesertaan meliputi; kartu peserta, no SKP, surat rujukan
- administrasi pelayanan meliputi; nama pasien, no SKP, nama dokter pemeriksa, tanda tangan komite medik (pada kasus yang masuk dalam Severity Level 3)
- administrasi keuangan meliputi; bukti pembayaran tarif paket INA-DRG dilampiri dengan form 1a (rawat jalan) dan 2a (rawat inap).

Tenaga Pelaksana Verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di RS/BKMM/ BBKPM/BKPM/BP4/BKIM berada di bawah pembinaan koordinasi Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/ Kota.

Tenaga pelaksana verifikasi diangkat oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan dengan tugas melaksanakan penilaian pertanggung jawaban keuangan pelayanan yang diajukan PPK,



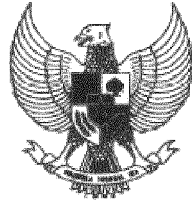
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dengan mengacu kepada norma penilaian klaim sesuai dengan kewenangan, hak dan tanggung jawabnya. *(Penjelasan ini harusnya ada di OM).*

PROSES VERIFIKASI

Proses verifikasi dalam pelaksanaan JAMKESMAS, meliputi:

1. Pemeriksaan kebenaran dokumen identitas peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat oleh PT. Askes.
2. Pemeriksaan Surat Rujukan dari PPK dan Penerbitan SKP (Surat Keabsahan Peserta) oleh PT Askes.
3. Memastikan dikeluarkannya rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas RS sesuai dengan format yang ditentukan.
4. Pemeriksaan kebenaran penulisan paket/diagnosa, prosedur, No. Kode.
5. Pemeriksaan kebenaran besaran tarif sesuai paket/diagnosa, prosedur, No. Kode.
6. Rekapitulasi pertanggung jawaban keuangan (form 1c, 2c dan 3) yang sudah di tanda tangani oleh Direktur RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Verifikator Independen dikirim ke TIM Pengelola JAMKESMAS Pusat.
7. Mengirim laporan rekapitulasi dan realisasi pembayaran RS/BKMM /BBKPM/BKPM/BP4/BKIM ke Tim Pengelola Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota sesuai form terlampir.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB VI PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan JAMKESMAS terdiri dari Tim Pengelola dan Tim Koordinasi JAMKESMAS di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota, pelaksana verifikasi di PPK dan PT. Askes (Persero). Tim Pengelola Jamkesmas bersifat Internal lintas program Departemen Kesehatan sedangkan Tim koordinasi bersifat lintas Departemen.

A. TIM PENGELOLA JAMKESMAS

Tim Pengelola JAMKESMAS melaksanakan pengelolaan jaminan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu meliputi kegiatan-kegiatan manajemen kepesertaan, pelayanan, keuangan, perencanaan dan SDM, informasi, hukum dan organisasi serta telaah hasil verifikasi. Tim Pengelola JAMKESMAS bersifat internal lintas program di Departemen Kesehatan/Pusat dan Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota.

1. TIM PENGELOLA JAMKESMAS PUSAT

Menteri Kesehatan membentuk Tim Pengelola Program Jamkesmas Pusat terdiri dari Pelindung, Pengarah, Pelaksana dan Sekretariat.

Pelindung Menteri Kesehatan sedangkan pengarah terdiri dari pejabat eselon I dibawah koordinasi Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan. Koordinator Tim Pengarah dapat mengangkat penasehat teknis operasional program.

Pelaksana terdiri dari Ketua, Ketua harian, Sekretaris dan Anggota yang merupakan Pejabat Eselon I, II dan III terkait di Departemen Kesehatan. Sekretariat terdiri dari Ketua dan Bidang-bidang yang meliputi bidang Kepesertaan, Pelayanan, Keuangan, Verifikasi, Administrasi dan Kesekretariatan.

Struktur Organisasi Tim Pengelola Jamkesmas Pusat

| | |
|-------------------|---|
| Pelindung | : Menteri Kesehatan |
| Pengarah | |
| Kordinator | : Sekretaris Jenderal |
| Anggota | : Seluruh Pejabat Eselon I di lingkungan Depkes |
| Pelaksana | |
| Ketua Umum | : SAM bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat |



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Ketua

Pelaksana Harian : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK)

Sekretaris : Kabid Kepesertaan PPJK

Kordinator Bidang Adm

& Kesekretariatan: Kabag Tata Usaha PPJK

Terdiri dari :

Bidang Perencanaan dan Anggaran, Bidang SDM dan Bidang Sistem Informasi dan Pelaporan, Bidang Hukum dan Organisasi.

Kordinator Bidang

Kepesertaan : Kasubbid kelompok informal PPJK

Terdiri dari :

Koordinator Bidang

Pelayanan : Kabid Pemeliharaan Kesehatan PPJK

Terdiri dari :

Koordinator

Bidang Keuangan : Kabid Pembiayaan PPJK

Terdiri dari :

Koordinator

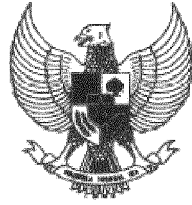
Bidang Verifikasi :

Terdiri dari :

Tugas Umum :

- a. Penetapan kebijakan operasional dan teknis, pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
- b. Menyusun perencanaan dan evaluasi kegiatan sesuai dengan dengan kebijakan teknis dan operasioanl yang telah ditetapkan
- c. Menyusun pedoman teknis pelaksanaan, penataan sasaran, penataan sarana pelayanan kesehatan (pemberi pelayanan kesehatan)
- d. Melaksanakan pertemuan berkala dengan pihak terkait dalam rangka evaluasi penyelenggaraan program
- e. Melakukan telaah hasil verifikasi, otorisasi dan realisasi pembayaran klaim.
- f. Melakukan pembinaan, pengawasan dalam menyusun laporan pelaksanaan

Tugas Rinci : lihat SK TP Jamkesmas Pusat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tugas Pokok dan Fungsi:

- a. Pelindung:
Menetapkan kebijakan dan regulasi penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat secara Nasional
- b. Koordinator Pengarah:
 - Memberikan arahan atas kebijakan dan regulasi yg telah ditetapkan kedalam penetapan kebijakan teknis dan operasional
 - Mengkoordinasikan berbagai kebijakan teknis dimasing-masing unit dalam rangka mendorong pencapaian tujuan penyelenggaraan jamkesmas
- c. Anggota Pengarah:
Memberikan arahan kebijakan teknis program dibidangnya yang terkait dengan pencapaian tujuan program jamkesmas
- d. Ketua Umum Pelaksana:
- e. Ketua Pelaksanan Harian:
- f. Sekretaris:

2. TIM PENGELOLA JAMKESMAS PROPINSI

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi membentuk Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi terdiri dari 1 (satu) orang Penanggung jawab yang dijabat oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi; 1 (satu) orang koordinator operasional orang dijabat oleh seorang kasubdin/kasudit yang membidangi pembiayaan/jaminanan kesehatan; 2 (dua) orang staf kordinator yaitu 1(satu) orang staf koordinator yang membidangi *kepesertaan & pelayanan*, dan 1 (satu) orang staf koordinator bidang *Administrasi & Keuangan*.

Tupoksi Tim Pengelola Propinsi :

- a. Penanggung Jawab
 - 1) Bertanggung Jawab mengelola manajemen penyelenggaraan Jamkesmas secara keseluruhan diwilayah kerjanya.
 - 2) Melakukan Rekrutment dan menyampaikan usulan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian tenaga verifikator independent yang bekerja di seluruh PPK yang berada di propinsinya .
 - 3) Melakukan pembinaan dan pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas diwilayah kerjanya
 - 4) Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka review, evaluasi, dan penyelesaian masalah lintas sektor



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

yang terkait dengan penyelenggaraan jamkesmas di propinsi.

b. Koordinator

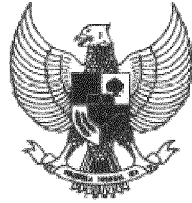
- 1) Mengkoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan jamkesmas di propinsi
- 2) Bertindak atas nama Menteri Kesehatan untuk Mengangkat dan memberhentikan dan memutasikan Verifikator Independent yang akan bekerja di PPK sesuai usulan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku Tim Pengelola Kabupaten/Kota
- 3) Melakukan analisis aspek kendali biaya, dan kendali mutu
- 4) Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan jamkesmas kepada Menteri Kesehatan

c. Staf Koordinator Bidang Kepesertaan & Pelayanan

- 1) Melakukan pengelolaan kepesertaan yang mencakup pencatatan dan updating data kepesertaan di wilayah kerjanya.
- 2) Menangani penyelesaian keluhan yang belum dapat dipecahkan di PPK
- 3) Menyiapkan bahan laporan tentang kepesertaan di PPK (baik yankesdas maupun yankes tingkat lanjut)
- 4) Membantu koordinator dalam memfasilitasi PPK , yang meliputi ; penyiapan rekomendasi berdasarkan hasil penilaian kelengkapan dokumen calon PPK tingkat lanjut yang baru
- 5) Memonitor pelaksanaan Perjanjian Kerjasama (PKS) antara Dinkes Kabupaten/kota dengan PPK yang menyelenggaraan jamkesmas di wilayah kerjanya
- 6) Menyiapkan bahan laporan pelayanan kesehatan (yang meliputi yankesdas dan yankes tk lanjut di tingkat propinsi
- 7) Menangani penanganan keluhan yang menyangkut pelayanan di PPK

d. Staf Koordinator Bidang Administrasi & Keuangan

- 1) Melakukan Rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana penyelenggaraan Jamkesmas di PPK
- 2) Melakukan Rekapitulasi laporan penyelenggaraan Jamkesmas di seluruh Kabupaten yang meliputi : Laporan Kepesertaan, laporan pelayanan kesehatan dan keuangan
- 3) Membantu koordinator dalam pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikator indenpenden di daerahnya



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4) Melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Depkes untuk menunjang pelaksanaan jamkesmas di daerahnya

3. TIM PENGELOLA JAMKESMAS KABUPATEN/KOTA

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membentuk Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota.

Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota terdiri dari 1 (satu) orang Penanggung jawab yang dijabat oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; 1 (satu) orang koordinator operasional orang dijabat oleh salah seorang kasubdin/kasudit yang membidangi pembiayaan/jaminanan kesehatan; 3 (tiga) orang staf kordinator yang membidangi *kepesertaan, pelayanan, Administrasi & Keuangan*.

Tupoksi Tim Pengelola Kabupaten/Kota:

- a. Penanggung Jawab
 - 1) Bertanggung Jawab mengelola manajemen penyelenggaraan Jamkesmas secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
 - 2) Melakukan Rekrutment dan menyampaikan usulan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian tenaga verifikator independent yang bekerja di seluruh PPK yang berada di kabupaten/Kota.
 - 3) Melakukan pembinaan dan pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas di wilayah kerjanya (termasuk pada sarana yankes dasar di puskesmas dan jaringannya dan PPK Lanjutan)
 - 4) Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka review, evaluasi, dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan jamkesmas di kab/kota
- b. Koordinator
 - 1) Mengkoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan jamkesmas di kab/kota
 - 2) Membentuk tim rekrutmen tenaga verifikator independent serta melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian dan mobilisasi tenaga verifikator di PPK lanjutan.
 - 3) Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan jamkesmas



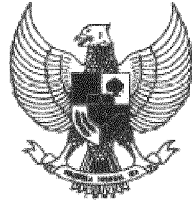
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

kepada Menteri Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Propinsi setempat.

- c. Staf Koordinator Bidang Kepesertaan
 - 1) Melakukan pengelolaan kepesertaan yang mencakup pencatatan dan updating data kepesertaan di wilayah kerjanya.
 - 2) Menangani penyelesaian keluhan yang belum dapat dipecahkan di PPK
 - 3) Menyiapkan bahan laporan tentang kepesertaan di PPK (baik yankesdas maupun yankes tingkat lanjut)
- d. Staf Koordinator Bidang Pelayanan
 - 1) Membantu koordinator dalam memfasilitasi PPK , yang meliputi ; penyiapan rekomendasi berdasarkan hasil penilaian kelengkapan dokumen calon PPK tingkat lanjut yang baru
 - 2) Menyiapkan Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan PPK yang menyelenggaraan jamkesmas di wilayah kerjanya.
 - 3) Menyiapkan bahan laporan pelayanan kesehatan (yang meliputi yankesdas dan yankes tingkat lanjut
 - 4) Menangani penanganan keluhan yang menyangkut pelayanan di PPK
- e. Staf Koordinator Bidang Administrasi & Keuangan
 - 1) Melakukan Rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana penyelenggaraan Jamkesmas di PPK
 - 2) Melakukan Rekapitulasi laporan penyelenggaraan Jamkesmas di Tk Kabupaten yang meliputi : Laporan Kepesertaan, laporan pelayanan kesehatan dan keuangan
 - 3) Membantu koordinator dalam pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikator indenpenden di daerahnya
 - 4) Melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Depkes untuk menunjang pelaksanaan jamkesmas didaerahnya

B. TIM KOORDINASI PROGRAM JAMKESMAS

Tim Koordinasi Program Jamkesmas melaksanakan koordinasi penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin yang melibatkan lintas sektor dan stakeholder terkait dalam berbagai kegiatan seperti koordinasi, sinkronisasi, pembinaan, pengendalian dan lain-lain.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

1. TIM KOORDINASI JAMKESMAS PUSAT

Menteri Kesehatan membentuk Tim koordinasi JAMKESMAS Pusat terdiri dari Pelindung, Ketua dan Anggota serta Sekretariat. Tim koordinasi bersifat lintas sektor terkait, diketuai oleh Sekretaris Utama Kementerian Koordinasi Kesejahteraan Rakyat dengan anggota terdiri dari Pejabat Eselon I Departemen terkait dan unsur lainnya.

Tugas Tim :

- a. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)
- b. Melaksanakan pertemuan berkala dalam rangka evaluasi kebijakan program sesuai kebutuhan
- c. Melakukan pembinaan, pengawasan dan Evaluasi program.
- d. Mengidentifikasi permasalahan lintas program dan lintas sektor serta menyampaikan usulan penyelesaian kepada Tim Pengelola Jamkesmas

Struktur Tim Koordinasi Program Jamkesmas Tingkat Pusat

Pelindung : Menteri Kesehatan
Ketua : Sekretaris Utama Menteri Koordinator Kesra
Anggota : Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan
Sekretaris Jenderal Departemen Dalam Negeri
Sekretaris Jenderal Departemen Sosial
Deputi Bidang Sumber Daya Manusia, Bappenas
Direktur Anggaran I, DJA, Departemen Keuangan.
Sesditjen Perbendaharaan Negara, DepKeu.
Ketua Komisi yg membidang kes IX DPR RI
Dirjen Binkesmas
Dirjen Bina Yanmedik
Dirjen Bina Yanfar
Dirut PT. Askes (Persero)
Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Asosiasi PPK

2. TIM KOORDINASI PROPINSI

Gubernur membentuk Tim Koordinasi Program JAMKESMAS Tingkat Propinsi terdiri dari Pelindung, Ketua dan Anggota serta Sekretariat. Tim koordinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan program JAMKESMAS, diketuai oleh Sekretaris Daerah Propinsi dengan anggota terdiri dari Pejabat terkait.

Tugas :

- a. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat ditingkat Propinsi dengan tetap mengacu pada kebijakan pusat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Melakukan pembinaan dan pengendalian program Jamkesmas di propinsi.
- c. Melaksanakan pertemuan dalam rangka review/evaluasi sesuai kebutuhan
- d. Menyelesaikan permasalahan jamkesmas yang menyangkut lintas sektor di tingkat propinsi

Struktur Tim Koordinasi JAMKESMAS Tingkat Propinsi

Pelindung : Gubernur
Ketua : Sekretaris Daerah
Anggota : Kadinkes Propinsi
Asisten Kesra
Direktur Rumah Sakit
Ketua Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan
Kepala PT. Askes (Persero) Regional/ Cabang

Sekretariat

Ketua : Kasubdin/Kabid yang bertanggung jawab pada program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Staf
Sekretariat : 2 orang

3. TIM KOORDINASI KABUPATEN/KOTA

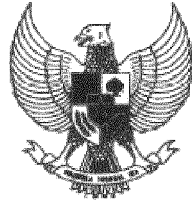
Bupati/ Walikota membentuk Tim Koordinasi JAMKESMAS Tingkat Kabupaten/Kota terdiri dari Pelindung, ketua dan Anggota serta Sekretariat. Tim koorsinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan program JAMKESMAS, diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten atau kota dengan anggota terdiri dari Pejabat terkait.

Tugas :

- a. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Program JAMKESMAS Tingkat Kabupaten/Kota
- b. Melakukan pembinaan dan pengendalian Program JAMKESMAS Tingkat Kabupaten/Kota.
- c. Melaksanakan pertemuan review/evaluasi secara berkala sesuai kebutuhan
- d. Menyelesaikan permasalahan jamkesmas yang menyangkut lintas sektor di tingkat kabupaten/kota

Struktur Tim Koordinasi Program Jamkesmas Tingkat Kabupaten/Kota

Pelindung : Bupati/ Walikota
Ketua : Sekretaris Daerah
Anggota : Kadinkes Kabupaten/Kota



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

: Asisten Kesra
Direktur Rumah Sakit
Ketua Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan
Kepala PT Askes (Persero) Cabang/AAM

Sekretariat

Ketua : Kasubdin/kabid yang bertanggung jawab
program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Staf

Sekretariat : 2 orang

C. PELAKSANA VERIFIKASI DI KABUPATEN/KOTA

Tenaga pelaksana verifikasi yang ikatan kerjanya berakhir 31 Desember 2008 dapat diperpanjang untuk masa 1 (satu) tahun sampai dengan 31 Desember 2009, bila dinilai mempunyai kinerja yang baik oleh Tim Pengelola Kabupaten/Kota.

Untuk menggantikan tenaga pelaksana verifikasi yang mengundurkan diri, dapat diganti dengan tenaga baru melalui proses rekrutmen yang sama sesuai SK.Menkes No.274/2008 tentang Pedoman Rekrutmen Verifikator.

Tugas:

- 1) Melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan
- 2) Melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan
- 3) Melaksanakan verifikasi administrasi keuangan

Fungsi:

- 1) Memastikan kebenaran dokumen identitas peserta program Jamkesmas
- 2) Memastikan adanya Surat Rujukan dari PPK
- 3) Memastikan dikeluarkannya Surat Keabsahan Peserta (SKP)
- 4) Memastikan dikeluarkannya rekap pertanggung jawaban keuangan oleh petugas RS sesuai dengan format paket yang ditetapkan.
- 5) Memastikan kebenaran penulisan paket/diagnosa, prosedur, No. Kode
- 6) Memastikan kebenaran besar tarif sesuai paket/diagnosa, prosedur, No. Kode
- 7) Memastikan formulir laporan keuangan di setujui pimpinan PPK
- 8) Mengirim rekapitulasi laporan keuangan yang di tanda tangani oleh Direktur RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM ke Depkes, tembusan Tim Pengelola Kabupaten/Kota
- 9) Membuat laporan rekapitulasi laporan keuangan dan realisasi pembayaran pelayanan RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM ke Tim Pengelola Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

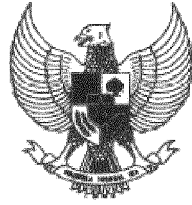
D. PT. ASKES (PERSERO)

PT. Askes (Persero) atas penugasan Menteri Kesehatan, melaksanakan tugas-tugas manajemen kespesertaan didukung dengan jaringan kantor yang terdiri atas :

- 1) PT Askes (Persero) Pusat
- 2) PT Askes (Persero) Regional
- 3) PT Askes (Persero) Cabang dan Area Asisten Manajer (AAM)

Tugas :

- 1) Advokasi Kepada Kab/Kota
 - a) Melakukan advokasi di 104 Kab/Kota yang menetapkan masyarakat miskin dengan Keputusan Bupati/Walikota belum sesuai dengan kuota Jamkesmas yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan sebanyak 1 (satu) kali
 - b) Melakukan advokasi di 161 Kab/Kota yang belum menetapkan gepeng, anak terlantar dan masyarakat miskin tanpa identitas dengan Keputusan Bupati/Walikota sebanyak 1 (satu) kali
 - c) Bila ada kabupaten/Kota yang menetapkan masyarakat miskin belum sesuai dengan kuota dan belum menetapkan gepeng, anak terlantar dan masyarakat miskin tanpa identitas maka advokasi dilakukan sebanyak cukup 1 kali
- 2) Penerbitan Sampai Dengan Pendistribusian Kartu Kepada Peserta
 - a) Pemanfaatan blanko kartu yang belum digunakan
 - b) Pencetakan blanko kartu (kebutuhan dikurangi sisa blanko tahun 2008)
 - c) Entry data dan penerbitan kartu
 - d) Pendistribusian kartu
- 3) Pembentukan & Pemeliharaan Database Kepesertaan
 - a) Pembentukan database (mutasi/updating) pada kab/kota yang berubah data basenya.
 - b) Penyampaian database ke Dinkes Kab/Kota/Prop dan PPK pada kab/kota yang melakukan perubahan data base Pembentukan database (mutasi/updating) pada kab/kota yang berubah database nya.
 - c) Penyampaian database ke Dinkes Kab/Kota/Prop dan PPK pada kab/kota yang melakukan perubahan data base
- 4) Verifikasi Kepesertaan (Penerbitan SKP)
 - a) Penambahan tenaga verifikasi kepesertaan (penerbitan SKP) bagi PPK yang baru (sesuai kebutuhan)
 - b) Penambahan alat pengolah data



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c) Peningkatan capacity building/diklat pegawai
- 5) Penanganan Keluhan
 - a) Penyediaan alat tulis kantor
 - b) Penanganan keluhan
- 6) Pelaporan Dan Analisis Laporan
 - a) Penyusunan laporan + analisis laporan oleh KC, KR dan KP
 - b) Pengiriman laporan dari Kantor Cabang PT. Askes (Persero) ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - c) Pengiriman laporan dari Kantor Regional PT.Askes (Persero) ke Dinas Kesehatan Provinsi
 - d) Pengiriman laporan dari Kantor Pusat (PT. Askes (Persero) Ke Departemen Kesehatan
- 7) Penunjang
 - a) Administrasi dan Umum
 - b) Revisi Penyusunan & distribusi petunjuk teknis internal Askes
 - c) Monitoring & Bimbingan Teknis
 - d) Evaluasi Nasional, Kantor Regional PT. Askes (Persero) dan Kantor Cabang PT. Askes (Persero)

E. PENGEMBANGAN JAMINAN KESEHATAN DI DAERAH

Pengembangan program jaminan kesehatan di daerah (jamkesda) dapat dilakukan dalam upaya menuju pencapaian kepesertaan semesta (universal coverage) sebagaimana amanat Undang-undang no 40/2004 tentang Sistim Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan diluar quota sasaran yang sudah tercakup dalam program JAMKESMAS (Nasional) Pemerintah daerah Propinsi/kabupaten/kota yang memiliki kemampuan sumber daya memadai dapat saja mengelola dan mengembangkan program Jamkesda di daerahnya masing-masing.

Untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas program jamkesda yang dilakukan harus memenuhi prinsip pelaksanaan asuransi sosial, yaitu :

- a) Tidak bersifat komersial (nirlaba)
- b) Pelayanan bersifat komprehensif
- c) Portabilitas antar daerah dalam satu wilayah
- d) Kendali Mutu dan kendali Biaya
- e) Transparan, Akuntabel, Effisien dan Effektive dalam rangka good governance



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Selain memenuhi prinsip tersebut diatas, agar pelaksanaannya dilapangan dapat berjalan dengan baik, berkesinambungan (sustainable) serta tidak menimbulkan duplikasi (anggaran, sasaran dan benefit yang diterima) maka beberapa hal penting perlu diperhatikan sebelum menyelenggarakan jamkesda, adalah sebagai berikut:

- 1) Kemampuan Sumber daya yg adekuat dan berkualitas
- 2) Sarana dan Prasarana Pelayanan terjangkau (accessible)
- 3) Rujukan yang terstruktur dan berjenjang
- 4) Sistem Pencatatan dan Pelaporan yang terintegrasi dg jamkesmas
- 5) Harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas

Kemampuan Sumber Daya Yang Adekuat Dan Berkualitas

Kemampuan Sumber daya termasuk kemampuan keuangan daerah menjadi prasyarat utama bagi daerah yang berkeinginan untuk melaksanakan program Jamkesda. Kemampuan Keuangan daerah yang memadai dapat menjamin keberlangsungan program jamkesda, sebaliknya jika kemampuan keuangan yang terbatas membuat program jamkesda tidak dapat berlangsung lama (unsustainable). Bila hal tersebut terjadi maka dapat dipastikan pelayanan terhadap peserta terhenti ditengah jalan, hal ini akan menimbulkan permasalahan besar.

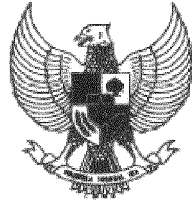
Kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) yang profesional dan berkualitas merupakan faktor yang tak kalah pentingnya dalam menentukan keberhasilan program jamkesda. SDM yang terlatih dalam mengelola jamkesda maupun yang melaksanakan pelayanan di PPK merupakan kunci penting yang dapat menjamin pelayanan jamkesda yang berkualitas. Untuk itulah persiapan yang matang dan terencana sangatlah diperlukan.

Pendidikan dan pelatihan yang tepat sesuai kebutuhan kepada seluruh SDM yang akan mengelola jamkesda, Baik pendidikan yang bersifat manajerial (pengelola) maupun yang bersifat teknis (PPK) pelayanan.

Untuk itulah perlu dilakukan assessment kebutuhan atas kurikulum yang tepat dan relevan sangatlah menentukan pendidikan dan pelatihan yang akan dilaksanakan.

Sarana dan prasaran yang terjangkau (accessible)

Dukungan sarana prasarana dengan menjamin ketersediaan jaringan pelayanan yang kapabel dari pelayanan strata sampai pada strata dua, strata tiga dan seterusnya amat penting artinya untuk menjamin pelayanan yang accesible.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sistim Rujukan Yang Terstruktur Dan Berjenjang

Untuk Menjamin terlaksananya pelayanan yang komprehensif, efektif dan efisien pada setiap PPK mulai dari tingkat pelayanan dasar sampai kepada pelayanan rujukan spesialis sesuai kebutuhan dan diagnosa maka tetap diperlukan suatu Sistim rujukan yang terstruktur dan berjenjang, sebagaimana yang telah dilaksanakan dalam program Jamkesmas. Sistim rujukan berjenjang sesuai dengan kompetensi dan ketersediaan sarana prasarana di setiap PPK yang melayani Jamkesda dibutuhkan untuk *menyaring (filtrasi) pasien*, sehingga beban kerja pada masing masing PPK terbagi rata sesuai dengan kualifikasi dan indikasi dari masing masing kasus yang akan dilayani.

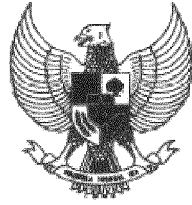
Sistim Pencatatan dan Pelaporan yang terintegrasi

Sistim pencatatan dan pelaporan merupakan faktor yang tak kalah penting untuk para pengambil kebijakan di daerah, dalam memberi gambaran yang utuh sejauh mana program yang telah dilaksanakan telah mencapai tujuannya. Sistim pencatatan yang baik dapat digunakan untuk mengetahui trend epidemiologi dan treatment yang dilakukan pada wilayah tersebut. sistim pelaporan dapat memberi gambaran seberapa besar prograam jamkesda tersebut tepat sasaran. Apa masalah yang sering ditemukan dan bagaimana cara penanganannya. Sistim pencatatan dan pelaporan yang baik akan menjadi bahan evaluasi bagi para pemangku kepentingan untuk melakukan perbaikan program jamkesda dimasa mendatang.

Mengingat pentingnya sistim pencatatan dan pelaporan, baik untuk program jamkesda di propinsi/kabupaten/kota maupun untuk program jamkesmas terutama pencapaian universal coverage di tingkat nasional. Oleh karena itu sistim pencatatan dan pelaporan hendaknya dapat dilaksanakan secara terintegrasi.

Harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas

Penyelenggaraan jamkesda dimaksudkan sebagai perwujudan suatu tanggung jawab bersama dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan memperluas cakupan kepesertaan diluar yang telah dikuotakan dalam program jamkesmas dalam upaya mencapai kepesertaan semesta (universal coverage) sebagaimana amanat undang undang dasar dan undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN. Karena memiliki tujuan dan tanggung jawab yang sama maka tentunya program jamkesda yang dilaksanakan oleh pemda haruslah sinkron dan berjalan harmoni dengan program jamkesmas di tingkat nasional. Sinkronisasi dilakukan sebagai upaya untuk menghindari duplikasi baik dari segi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

pendanaan, sasaran maupun benefit program yang diterima oleh sasaran. Pelayanan esensial sesuai standard harusnya diterima sama oleh peserta kedua program tersebut. Mekanisme pelaksanaan diatur sedemikian rupa agar tidak menimbulkan gap antara kedua belah pihak, sebaliknya harus saling mendukung dan berjalan dengan harmonis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB VII

PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM

A. INDIKATOR KEBERHASILAN

Sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan penyelenggaraan program JAMKESMAS secara nasional, diukur dengan indikator-indikator sebagai berikut:

1. Indikator Input

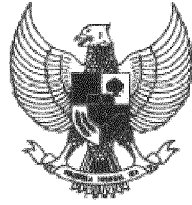
Untuk indikator input yang akan dinilai yaitu:

- a. Tersedianya data base kepesertaan;
- b. Tersedianya jaringan PPK;
- c. Tersedianya pedoman pelaksanaan (Manlak) dan petunjuk teknis (Juknis) penyelenggaraan Jamkesmas;
- d. Adanya Tim Koordinasi JAMKESMAS di tingkat Pusat/Prop/Kabupaten/Kota;
- e. Adanya Tim Pengelola JAMKESMAS di tingkat Pusat/Prop/Kabupaten/Kota;
- f. Adanya tenaga Pelaksana Verifikasi di semua PPK lanjutan;
- g. Tersedianya dana APBN untuk penyelenggaraan Jamkesmas sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan;
- h. Tersedianya APBD untuk maskin diluar Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS);
- i. Tersedianya sistem informasi manajemen Jamkesmas.

2. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu:

- a. Terlaksananya pemutakhiran data kepesertaan di seluruh Kabupaten/Kota;
- b. Terlaksananya pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutu di rumah sakit;
- c. Terlaksananya distribusi dana luncuran sesuai kebutuhan PPK;
- d. Terlaksananya INA-DRG sebagai dasar pembayaran dan pertanggungjawaban pemanfaatan dana Jamkesmas di seluruh RS;
- e. Terlaksananya verifikasi pertanggungjawaban pemanfaatan dana Jamkesmas di PPK;
- f. Terlaksananya penyampaian pertanggungjawaban pemanfaatan dana dari PPK;
- g. Terlaksananya pelaporan penyelenggaraan Jamkesmas secara periodik dan berjenjang sesuai dengan sistem informasi Jamkesmas;
- h. Terlayannya peserta Jamkesmas di seluruh PPK.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. **Indikator Output**

Untuk indikator Output yang diinginkan dari program ini yaitu:

- a. Terdistribusi 100% terdistribusi Kartu JAMKESMAS berdasarkan data base kepesertaan yang mutakhir.
- b. 100% RS melaksanakan INA-DRG sebagai upaya KBKM
- c. Tidak ada penolakan peserta Jamkesmas yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- d. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesmas
- e. Terpenuhinya kecukupan dana dalam penyelenggaraan Jamkesmas.

B. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Tujuan pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.

2. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi

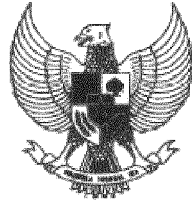
- a. Pendataan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu meliputi data base kepesertaan, kepemilikan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), dokumentasi dan penanganan keluhan.
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu ke Puskesmas dan Rumah Sakit, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap
- c. Pelaksanaan penyaluran dana meliputi pencairan dana ke Puskesmas, verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana ke Rumah Sakit, pertanggungjawaban keuangan.

3. **Mekanisme pemantauan dan evaluasi**

Pemantauan dan evaluasi diarahkan agar pelaksanaan program berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pemantauan merupakan bagian program yang dilaksanakan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulanan, semester maupun tahunan, melalui:

- a. Pertemuan dan koordinasi
- b. Pengelolaan Pelaporan Program (pengolahan dan Analisis)
- c. Kunjungan lapangan dan supervisi
- d. Penelitian langsung (survei/kajian)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap seluruh PPK di wilayahnya yang bekerjasama dalam penyelenggaraan Jamkesmas, termasuk memastikan berjalannya proses verifikasi pertanggungjawaban PPK oleh tenaga pelaksana verifikator. Hasil pemantauan dan evaluasi tersebut kemudian dilaporkan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi untuk dianalisa lebih lanjut dan hasilnya diumpankanbalikkan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota. Selain itu hasil analisa Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi seterusnya dilaporkan ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

C. PENANGANAN KELUHAN

Penyampaian keluhan atau pengaduan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima pelayanan, masyarakat pemerhati dan petugas pemberi pelayanan serta pelaksana penyelenggara program. Penyampaian keluhan atau pengaduan merupakan umpan balik bagi semua pihak untuk perbaikan program. Penanganan keluhan/pengaduan dilakukan dengan menerapkan prinsip-prinsip, sebagai berikut:

1. Semua keluhan/pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikannya.
2. Untuk menangani keluhan/pengaduan dibentuk Unit Pengaduan Masyarakat (UPM) atau memanfaatkan unit yang telah ada di PPK tingkat pertama dan lanjutan/Dinas Kesehatan.
3. Penanganan keluhan dilakukan secara berjenjang dari UPM/unit yang telah ada di kabupaten/kota dan apabila belum terselesaikan dapat dirujuk ke tingkat yang lebih tinggi.

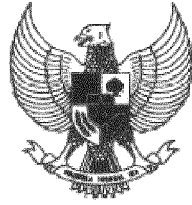
D. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

1. Pembinaan dilakukan secara berjenjang oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
2. Pelaksanaan pengawasan penyelenggaraan Program JAMKESMAS dilakukan oleh aparat pengawasan fungsional (APF).

E. PELAPORAN

Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi, dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) secara rutin setiap bulan (**sesuai pedoman pelaporan**). Laporan dari Puskesmas/Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM yang ikut Program JAMKESMAS dikirimkan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota untuk direkap dan diolah, yang selanjutnya dikirimkan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi untuk direkap dan dilaporkan setiap bulan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat.

Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota membuat dan mengirimkan umpan balik (**feedback**) pelaporan ke Puskesmas dan Rumah



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM. Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi membuat dan mengirimkan umpan balik (**feedback**) ke Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota. Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat membuat dan mengirimkan umpan balik (**feedback**) ke Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi.

PT Askes (Persero) melakukan pelaporan seluruh kegiatan yang menjadi tugasnya kepada Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota/propinsi dan Pusat .

Keseluruhan laporan dari Kabupaten/Kota/Propinsi yang berasal dari para pihak terkait dalam pengelolaan JAMKESMAS ini termasuk keluhan dari berbagai sumber dilakukan secara berjenjang sesuai tugas dan fungsinya. Dalam lingkup tugas Pokok Tim Pengelola Pusat dapat disampaikan kepada Tim Pengelola JAMKESMAS PUSAT Cq : Sekretariat Pusat di bawah ini.

Sekretariat

Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Pusat

d/a :

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Departemen Kesehatan

Lt.7 Blok B, Ruang 713, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9

Kuningan, Jakarta Selatan 12950, Telp/Fax: (021) 527 9409, 52922020

call center (021) 5277543

Website: www.jpkm-online.net e-mail: kontakkami@jpkm-online.net



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB VIII

PENUTUP

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tersebar di seluruh Indonesia membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari Pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam konstitusi Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Penjaminan pelayanan kesehatan, utamanya terhadap masyarakat miskin akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik.

Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin bersumber dari Pemerintah yang merupakan dana bantuan sosial, harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah. Diharapkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya.

Semoga apa yang menjadi harapan kita semua dapat terwujud dengan baik dan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsuhnya, baik gagasan pemikiran, tenaga dan kontribusi lainnya mendapatkan imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang Esa. Amin

Menteri Kesehatan,

ttd

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp. JP (K)