

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 40 TAHUN 2012
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- b. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a sudah tidak sesuai lagi dengan kebutuhan lapangan sehingga perlu dilakukan perubahan agar penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat dapat berjalan dengan efektif dan efisien;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan kembali Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);

4. Undang-Undang ...

4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
7. 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);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
10. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2010 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun 2011 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5167);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. Undang-Undang ...

12. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
14. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
15. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/60/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT.

Pasal 1

Pengaturan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat, yang penyelenggaraanya mengacu pada prinsip-prinsip:

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.

b. Menyeluruh ...

- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- d. Efisien, transparan dan akuntabel.

Pasal 2

Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

Pasal 3

Pelayanan Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat yang diberikan sebelum Peraturan ini diundangkan dapat diklaim sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.

Pasal 4

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 903/MENKES/PER/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 5

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 27 September 2012

MENTERI KESEHATAN,
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NAFSIAH MBOI

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 19 Oktober 2012

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

AMIR SYAMSUDIN

**LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 40 TAHUN 2012
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

**PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Deklarasi Universal Hak Azasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) Tahun 1948 (Indonesia ikut menandatangani) dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, yang dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, terbitnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Berdasarkan konstitusi dan Undang-Undang tersebut, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang. JPKMM/Askeskin, maupun Jamkesmas kesemuanya memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan

kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.

Pelaksanaan program Jamkesmas mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam UU SJSN, yaitu dikelola secara nasional, nirlaba, portabilitas, transparan, efisien dan efektif.

Pelaksanaan program Jamkesmas tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkannya program jaminan kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Pelaksanaan program Jamkesmas tahun 2012 dilaksanakan dengan beberapa penyempurnaan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian. Pada aspek kepesertaan, data yang akan digunakan bersumber dari basis data terpadu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) yang berlaku setelah peserta menerima kartu Jamkesmas yang baru. Sementara peserta non kartu meliputi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, masyarakat miskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan/Rumah Tahanan serta masyarakat miskin akibat bencana paska tanggap darurat sampai dengan satu tahun setelah kejadian bencana, penderita Thalassemia mayor, penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI), serta peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.

Pada aspek pelayanan, penggunaan *software grouper* INA-CBGs terus disempurnakan. Seiring dengan penambahan kepesertaan maka perlu perluasan jaringan fasilitas kesehatan rujukan dengan meningkatkan jumlah Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan dasar swasta serta fasilitas kesehatan rujukan setempat.

Pada aspek pendanaan, Kementerian Kesehatan melalui Tim Pengelola Jamkesmas terus melakukan upaya perbaikan mekanisme pertanggungjawaban dana Jamkesmas, agar dana yang diluncurkan sebagai uang muka kepada tim pengelola di kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan lanjutan dapat segera dipertanggungjawabkan secara tepat waktu, tepat jumlah, tepat sasaran, akuntabel, efisien dan efektif.

Pada aspek pengorganisasian dan manajemen, dilakukan penguatan peran Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas di Pusat, provinsi dan kabupaten/kota, terutama peningkatan kontribusi pemerintah daerah di dalam pembinaan dan pengawasan serta peningkatan sumber daya yang ada

untuk memperluas cakupan kepesertaan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan memberikan bantuan tambahan (suplementasi dan komplementasi) pada hal-hal yang tidak dijamin oleh program Jamkesmas.

Disadari meskipun perbaikan terus dilakukan, tentu saja masih banyak hal yang perlu dibenahi dan belum dapat memenuhi kepuasan semua pihak. Namun demikian diharapkan program Jamkesmas ini semakin mendekati tujuannya yaitu meningkatkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kesejahteraan masyarakat. Hal ini tentu akan tercapai melalui penyelenggaraan program Jamkesmas yang transparan, akuntabel, efisien dan efektif menuju *good governance*.

BEBERAPA KENDALA DALAM PELAKSANAAN JAMKESMAS

1. Kepesertaan

Meskipun data kepesertaan Jamkesmas yang akan digunakan mulai tahun 2012 bersumber dari basis data terpadu TNP2K namun pemberlakukannya akan ditetapkan oleh menteri kesehatan. Dengan demikian, kepesertaan jamkesmas masih mengikuti kebijakan tahun lalu. Kendala-kendala yang dialami tahun-tahun sebelumnya juga masih dihadapi seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan masih terdapatnya penyalahgunaan rekomendasi dari institusi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak, masih ada peserta kesulitan mendapatkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) bagi bayi baru lahir dari peserta Jamkesmas, masyarakat miskin penghuni panti sosial dan lembaga pemasyarakatan/rumah tahanan, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat. Permasalahan tersebut di atas disebabkan masih belum adanya kesamaan persepsi antara Verifikator Independen, Petugas Askes di lapangan dan fasilitas kesehatan.

2. Pelayanan Kesehatan

Kendala dalam pelayanan kesehatan antara lain:

- a. masih terdapat penolakan pasien Jamkesmas dengan alasan kapasitas rumah sakit sudah penuh (meskipun kasusnya sangat sedikit),
- b. sistem rujukan belum berjalan dengan optimal,
- c. belum semua rumah sakit menerapkan kendali mutu dan kendali biaya,
- d. peserta masih dikenakan urun biaya dalam mendapatkan obat, alat medis habis pakai atau darah,
- e. penyediaan dan distribusi obat belum mengakomodasi kebutuhan pelayanan obat program Jamkesmas,

- f. penetapan status kepesertaan Jamkesmas atau bukan peserta Jamkesmas sejak awal masuk Rumah Sakit, belum dipatuhi sepenuhnya oleh peserta.

3. Pendanaan Program

Kendala dalam Pendanaan Program antara lain:

- a. permasalahan teknis dalam penerapan pola pembayaran INA-CBGs :
 - 1) belum komprehensifnya pemahaman penyelenggaraan pola pembayaran dengan INA-CBGs terutama oleh dokter dan petugas lainnya yang menyebabkan belum terlaksananya pelayanan yang efisien dan mengakibatkan biaya pembayaran paket seringkali dianggap tidak mencukupi;
 - 2) belum semua rumah sakit memiliki penetapan kelas rumah sakit; dan
 - 3) belum semua rumah sakit pengampu dapat memberikan pembinaan tentang pola pembayaran dengan INA-CBGs kepada rumah sakit di sekitarnya secara optimal.
- b. ketepatan waktu pengiriman klaim, yaitu ketidaktepatan waktu dalam mengirimkan pertanggungjawaban klaim. Dengan demikian, perlu kerja keras rumah sakit dan Tim Pengelola Pusat dan Daerah agar pertanggungjawaban keuangan dapat diselenggarakan sesuai dengan pengaturannya.

4. Pengorganisasian, Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah

Peran, tugas dan fungsi Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota dirasakan masih belum dapat berjalan secara optimal. Kendala yang dihadapi adalah operasional kegiatan seperti kegiatan sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana mestinya. Beban kerja Tim pengelola Jamkesmas provinsi, kabupaten/kota semakin tinggi dengan adanya daerah-daerah yang melaksanakan Jamkesda termasuk pemanfaatan tenaga verifikator independen oleh daerah. Oleh karena itu perlu komitmen daerah dalam pelaksanaan program Jamkesmas dan Jamkesda secara harmonis, dan menghindari duplikasi anggaran.

KEBIJAKAN DALAM PELAKSANAAN JAMKESMAS

Kebijakan Jamkesmas pada prinsipnya sama dan merupakan kelanjutan pelaksanaan program Jamkesmas tahun-tahun sebelumnya dengan berbagai perbaikan dalam rangka penyempurnaan sebagai berikut :

1. Kepesertaan

- a. Kepesertaan Program Jamkesmas terdiri dari peserta dengan kartu dan peserta non kartu yang berjumlah 76.400.000 jiwa.
- b. Berdasarkan perjanjian kerja sama antara Kementerian Kesehatan dengan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), akan dilakukan perubahan *database* kepesertaan Jamkesmas yang bersumber dari basis data terpadu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) sejumlah 76.409.731 jiwa (*by name by address*) yang akan diberikan identitas berupa kartu peserta. Di luar jumlah tersebut, terdapat peserta non kartu yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- c. Untuk kepesertaan yang bersumber dari TNP2K akan diterbitkan kartu baru. Selama kartu tersebut belum diterbitkan/diterima oleh peserta, maka masih berlaku kartu yang lama. Pemberlakuan penggunaan kartu Jamkesmas baru akan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- d. Sehubungan dengan diselenggarakannya program Jaminan Persalinan dan Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia Mayor pada tahun 2011, maka ada perluasan sasaran yang hanya mendapatkan pelayanan persalinan dan Thalassaemia Mayor.

2. Pelayanan Kesehatan

- a. Jaminan Persalinan yang diluncurkan sejak tahun 2011 tetap dilanjutkan dengan kebijakan yang diambil adalah adanya perubahan tarif pelayanan mulai dari *antenatal care* (ANC), melahirkan, dan *postnatal care* (PNC). Ketentuan secara rinci pelaksanaan jaminan persalinan diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.
- b. Selain Jaminan Persalinan, Jaminan Pelayanan Pengobatan pada penderita Thalassaemia Mayor pembiayaannya tetap dijamin oleh program Jamkesmas. Tujuan jaminan pelayanan pengobatan penderita Thalassaemia adalah membantu keluarga penderita Thalassaemia dalam pembiayaan kesehatannya karena pelayanan kesehatan pada penderita Thalassaemia Mayor memerlukan biaya tinggi sepanjang hidupnya. Ketentuan secara rinci pelaksanaan jaminan pelayanan pengobatan Thalassaemia diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
- c. Dalam upaya mewujudkan standardisasi dan efisiensi pelayanan obat dalam program Jamkesmas, maka seluruh fasilitas kesehatan terutama rumah sakit diwajibkan mengacu pada formularium obat Jamkesmas, di mana obat-obatan dalam formularium ini sebagian besar merupakan obat generik. Hal ini berkaitan dengan keputusan

Menteri Kesehatan agar dibudayakan penggunaan obat generik karena obat generik berkhasiat baik dengan harga ekonomis.

- d. Penyempurnaan sistem INA-CBGs masih terus dilakukan dan diharapkan akan selesai pada akhir tahun 2012. Dengan demikian, sistem INA-CBGs dapat mengakomodasi hal-hal antara lain: penyesuaian tarif dengan kondisi yang mutakhir, kasus-kasus *sub acute/chronic, special drugs, special procedure, special investigation, special prosthesis* dan *ambulatory package*.

3. Pendanaan dan Pengorganisasian

- a. Pengelolaan dana Jamkesmas (pelayanan dasar dan rujukan) dan Biaya Operasional Kesehatan (BOK) dilakukan oleh Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat. Sedangkan pengelolaan dana Jamkesmas pelayanan dasar (termasuk Jampersal) dan BOK selain di Pusat juga dikelola oleh tim pengelola kabupaten/kota.
- b. Dana operasional, penambahan SDM dan perubahan struktur organisasi Tim Pengelola dan Tim Koordinasi dilakukan pada tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- c. Mekanisme pelaporan, fasilitas pelayanan dasar dan fasilitas lanjutan wajib menyampaikan laporan ke tim pengelola kabupaten/kota setiap bulannya.
- d. Tim pengelola kabupaten/kota mempunyai kewenangan untuk menilai, mengendalikan dan membayar sesuai kegiatan yang telah dilaksanakan oleh puskesmas dan jaringannya.

B. KEPESERTAAN

Peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia yang berjumlah 76.400.000 jiwa, tidak termasuk penduduk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

BAB II

PENYELENGGARAAN

Program Jamkesmas memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Iuran bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dalam Program Jamkesmas bersumber dari Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial.

Pada hakikatnya pelayanan kesehatan terhadap peserta Jamkesmas menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Program Jamkesmas diperluas sasarannya bagi ibu hamil dan melahirkan melalui Jaminan Persalinan, dan bagi penderita Thalassaemia Mayor melalui jaminan pelayanan pengobatan penderita Thalassaemia. Penyelenggaraan Jamkesmas dan Jaminan Persalinan serta jaminan pelayanan pengobatan penderita Thalassaemia menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan.

Penyelenggaraan Program Jamkesmas dibedakan dalam dua kelompok berdasarkan tingkat pelayanannya yaitu:

1. Jamkesmas untuk pelayanan dasar di puskesmas termasuk jaringannya; dan
2. Jamkesmas untuk pelayanan kesehatan lanjutan di rumah sakit dan balai kesehatan.

Dalam pedoman pelaksanaan Jamkesmas ini lebih difokuskan pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan di rumah sakit dan balai kesehatan yang terdiri dari penyelenggaraan kepesertaan, penyelenggaraan pelayanan, penyelenggaraan pendanaan beserta manajemen dan pengorganisasiannya, yang akan diuraikan pada bab-bab selanjutnya. Sedangkan pengelolaan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dalam program Jamkesmas diatur secara lebih mendetail dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar.

Dengan demikian, penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat ini sekaligus mengelola Jaminan Persalinan yang memberikan pelayanan kepada seluruh ibu hamil yang melahirkan di mana persalinannya ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta. Pengelolaan Jaminan Persalinan diatur secara lebih mendetail dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan yang diterbitkan secara terpisah. Demikian juga untuk pelayanan lanjutan bagi penderita Thalassaemia Mayor diatur lebih mendetail dalam

petunjuk teknis yang diterbitkan secara terpisah dari Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas.

Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar, Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan, dan Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia meskipun diterbitkan secara terpisah namun tetap menjadi satu kesatuan acuan dalam pengelolaan yang tidak terpisahkan dengan Program Jamkesmas.

BAB III

TATA LAKSANA KEPESERTAAN

A. KETENTUAN UMUM

1. *Database* kepesertaan jamkesmas tahun sebelumnya tetap digunakan sampai diberlakukannya database kepesertaan yang bersumber dari TNP2K.
2. Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi:
 - a. Masyarakat miskin dan tidak mampu sesuai dengan *database* kepesertaan yang bersumber dari TNP2K.
 - b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar.
 - c. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
 - d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan serta Rumah Tahanan Negara.
 - e. Ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir termasuk Keluarga Berencana (KB) pasca melahirkan, yang tidak memiliki jaminan persalinan. Tata laksana pelayanan mengacu pada Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.
 - f. Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
 - g. Seluruh penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) yang timbul akibat pelaksanaan imunisasi Program pemerintah. Prosedur pelayanan dan mekanisme pembayaran pelayanan KIPI mengacu pada ketentuan dalam Jamkesmas dan diperjelas dalam Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor JP/Menkes/092/II/2012 tentang Pembiayaan Kasus KIPI yang dikeluarkan pada tanggal 22 Februari 2012.

3. Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu diluar data yang bersumber dari TNP2K maka jaminan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat. Cara penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah seyogyanya mengikuti kaidah-kaidah pelaksanaan Jamkesmas.
4. Peserta Jamkesmas ada yang diberi kartu sebagai identitas peserta dan ada yang tidak diberi kartu, yaitu:
 - a. Peserta yang diberi kartu adalah peserta sesuai dengan *database* yang bersumber dari TNP2K.
 - b. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari:
 - 1) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta masyarakat miskin penghuni panti sosial.
 - 2) Masyarakat miskin penghuni lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan.
 - 3) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).
 - 4) Bagi bayi dan anak yang lahir dari kedua orang tua atau salah satu orang tuanya peserta Jamkesmas, maka otomatis menjadi peserta jamkesmas dan berhak mendapatkan hak kepesertaan.
 - 5) Korban bencana pasca tanggap darurat.
 - 6) Sasaran yang dijamin oleh Jaminan Persalinan yaitu: ibu hamil, ibu bersalin/ibu nifas dan bayi baru lahir.
 - 7) Penderita Thalassaemia Mayor.
 - 8) Penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI).
5. Terhadap peserta yang memiliki kartu maupun yang tidak memiliki kartu sebagaimana tersebut di atas, PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan.

Khusus untuk peserta Jaminan Persalinan dan penderita Thalassaemia Mayor non peserta Jamkesmas diterbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) oleh Rumah Sakit, tidak perlu diterbitkan SKP oleh PT. Askes (Persero).
6. Bila terjadi kehilangan kartu Jamkesmas, peserta melapor kepada PT. Askes (Persero) untuk selanjutnya dilakukan pengecekan *database* kepesertaannya dan PT. Askes (Persero) berkewajiban menerbitkan surat keterangan yang bersangkutan sebagai peserta.
7. Bagi peserta yang telah meninggal dunia maka haknya hilang.
8. Penyalahgunaan terhadap hak kepesertaan dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. VERIFIKASI KEPESERTAAN

1. Verifikasi kepesertaan dilakukan oleh PT. Askes (Persero) sesuai dengan jenis kepesertaan.

a. Bagi peserta yang memiliki kartu Jamkesmas.

Dalam melaksanakan verifikasi, PT. Askes (Persero) mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan data kepesertaan dalam *database* yang ada di PT. Askes (Persero). Untuk mendukung verifikasi kepesertaan, bila dianggap perlu (bila ada indikasi penyalahgunaan kepesertaan) maka petugas PT. Askes (Persero) dapat mencocokkan kartu peserta dengan identitas peserta lainnya seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Kartu Keluarga (KK)/identitas lainnya guna pembuktian kebenarannya. Setelah cocok, selanjutnya diterbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP).

b. Bagi peserta Jamkesmas tanpa kartu.

Bagi peserta tanpa kartu terdapat beberapa mekanisme pembuktian keabsahan kepesertaannya:

- 1) Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas, penghuni panti sosial cukup dengan surat rekomendasi dari dinas/instansi sosial setempat.
- 2) Penghuni Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan, cukup dengan surat rekomendasi dari Kepala Lembaga Pemasarakatan/Kepala Rumah Tahanan setempat.
- 3) Masyarakat miskin korban bencana paska tanggap darurat berdasarkan daftar/keputusan yang ditetapkan oleh bupati/walikota.
- 4) Bagi keluarga Peserta Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas, cukup dengan kartu PKH. Sedangkan bagi anggota keluarga disamping membawa kartu PKH dilengkapi dengan kartu keluarga atau keterangan dari pendamping.
- 5) Bagi bayi dan anak yang lahir dari kedua orang tua atau salah satu orang tuanya peserta Jamkesmas cukup dengan menunjukkan kartu peserta Jamkesmas orang tuanya dengan melampirkan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/pernyataan dari tenaga kesehatan.
- 6) Penderita KIPi yang bukan peserta Jamkesmas dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu identitas (KTP, kartu keluarga, dan lain-lain).

2. Verifikasi kepesertaan oleh rumah sakit untuk diterbitkan SJP dilakukan terhadap:

- a. Ibu hamil dan melahirkan, dengan menunjukkan KTP dan Buku KIA.
- b. Penderita Thalassaemia Mayor, berdasarkan kartu penderita Thalassaemia yang diterbitkan oleh YTI dan bagi penderita baru cukup dengan menunjukkan surat keterangan dari Ketua YTI cabang dan direktur rumah sakit bahwa yang bersangkutan menderita Thalassaemia Mayor.

BAB IV

TATALAKSANA PELAYANAN KESEHATAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP),
 - b. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) kelas III; dan,
 - c. pelayanan gawat darurat.
2. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
3. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*), seluruh fasilitas kesehatan baik jaringan Jamkesmas atau bukan, wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta Jamkesmas. Bagi fasilitas kesehatan yang bukan jaringan Jamkesmas pelayanan tersebut merupakan bagian dari fungsi sosial fasilitas kesehatan, selanjutnya fasilitas kesehatan tersebut dapat merujuk ke fasilitas kesehatan jaringan fasilitas kesehatan Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut. (Formulir 2)
4. Pemberian pelayanan kepada peserta oleh fasilitas kesehatan lanjutan harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu, untuk mewujudkannya maka dianjurkan manajemen fasilitas kesehatan lanjutan melakukan analisis pelayanan dan memberi umpan balik secara internal kepada instalasi pemberi layanan.
5. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan. Fasilitas kesehatan lanjutan penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta Jamkesmas disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di fasilitas kesehatan yang merujuk.
6. Pelayanan kesehatan dasar (RJTP dan RITP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya, yang diatur secara rinci dalam Juknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas.

7. Pelayanan tingkat lanjut (RJTL dan RITL) diberikan di fasilitas kesehatan lanjutan jaringan Jamkesmas (Balikesmas, klinik swasta termasuk klinik hemodialisa, rumah sakit pemerintah termasuk rumah sakit khusus, rumah sakit TNI/Polri dan rumah sakit swasta) berdasarkan rujukan. Pelayanan Balikesmas merupakan fasilitas kesehatan untuk layanan RJTL dengan pemberian layanan dalam gedung.
8. Untuk dapat mengoperasikan *software* INA-CBGs maka fasilitas kesehatan lanjutan harus mempunyai nomor registrasi. Apabila fasilitas kesehatan lanjutan belum mempunyai nomor registrasi, maka fasilitas kesehatan membuat surat permintaan nomor registrasi kepada Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.
9. Pelayanan RITL diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga). Apabila karena sesuatu hal seperti misalnya tidak tersedianya tempat tidur, peserta terpaksa dirawat di kelas yang lebih tinggi dari kelas III, biaya pelayanannya tetap diklaimkan menurut biaya kelas III.
10. Pada rumah sakit khusus (Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Paru, dan lain-lain) yang juga melayani pasien umum, klaim pelayanan kesehatan dilaksanakan secara terpisah antara pasien khusus sesuai dengan kekhususannya dan pasien umum dengan menggunakan *software* INA-CBGs yang berbeda sesuai penetapan kelasnya.
11. Bagi pengguna jaminan persalinan manfaat yang diberikan meliputi pelayanan: pemeriksaan kehamilan, persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan KB paska persalinan. Tata laksana mengenai jaminan persalinan secara rinci sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.
12. Bagi penderita Thalassaemia Mayor mendapatkan manfaat pelayanan sesuai standar terapi Thalassaemia. Tata laksana mengenai hal ini sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
13. Bagi korban bencana pasca tanggap darurat tata laksana pelayanan program Jamkesmas secara rinci diatur dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasarakatan serta Rumah Tahanan Negara.

B. PROSEDUR PELAYANAN

Status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta Jamkesmas tidak boleh dikenakan urun biaya dengan alasan apapun.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

- a. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas. Untuk peserta gelandangan, pengemis, anak/orang terlantar dan masyarakat miskin penghuni panti sosial, menunjukkan surat rekomendasi Dinas/Instansi Sosial setempat. Bagi masyarakat miskin penghuni lembaga pemasyarakatan/rumah tahanan menunjukkan surat rekomendasi Kepala Lembaga Pemasyarakatan/Rumah Tahanan dan untuk peserta PKH yang belum memiliki kartu Jamkesmas, cukup menggunakan kartu PKH.
- b. Pelayanan kesehatan dapat dilakukan di puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Khusus untuk pertolongan persalinan dapat juga dilakukan fasilitas kesehatan swasta tingkat pertama, sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.
- c. Bila menurut indikasi medis peserta memerlukan pelayanan pada tingkat lanjut maka puskesmas wajib merujuk peserta ke fasilitas kesehatan lanjutan.
- d. Fasilitas kesehatan lanjutan penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta Jamkesmas disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di fasilitas kesehatan yang merujuk.

Tata laksana Jaminan Persalinan dan jaminan pengobatan penderita Thalassaemia diatur dengan Petunjuk Teknis tersendiri yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari pedoman ini.

2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari puskesmas dan jaringannya ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan secara berjenjang dengan membawa kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.
- b. Kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan dari puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk

diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya, selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) oleh petugas PT.Askes (Persero), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

- c. Bagi bayi dan anak yang lahir dari kedua orang tua atau salah satu orang tuanya peserta Jamkesmas cukup dengan menunjukkan kartu peserta Jamkesmas orang tuanya dengan melampirkan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/pernyataan dari tenaga kesehatan. Pelayanan tingkat lanjut meliputi :
 - 1) Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di rumah sakit dan Balkesmas.
 - 2) Pelayanan rawat jalan lanjutan yang dilakukan pada Balkesmas bersifat pasif (dalam gedung) sebagai fasilitas kesehatan penerima rujukan. Pelayanan Balkesmas yang ditanggung oleh program Jamkesmas adalah Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dalam gedung.
 - 3) Pelayanan rawat inap bagi peserta diberikan di kelas III (tiga) di rumah sakit.
 - 4) Pelayanan obat-obatan, alat dan bahan medis habis pakai serta pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- d. Untuk kasus kronis yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, seperti diabetes mellitus, gagal ginjal, dan lain-lain, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan. Untuk kasus kronis lainnya seperti kasus gangguan jiwa, kusta, kasus paru dengan komplikasi, kanker, surat rujukan dapat berlaku selama 3 bulan. Pertimbangan pemberlakuan waktu surat rujukan (1 atau 3 bulan) didasarkan pada pola pemberian obat.
- e. Rujukan pasien antar rumah sakit termasuk rujukan rumah sakit antar daerah dilengkapi surat rujukan dari rumah sakit asal pasien dengan membawa identitas kepesertaannya untuk dapat dikeluarkan SKP oleh petugas PT. Askes (Persero) pada tempat tujuan rujukan.
- f. Dalam keadaan gawat darurat meliputi:
 - 1) Pelayanan harus segera diberikan tanpa diperlukan surat rujukan.
 - 2) Apabila pada saat penanganan kegawatdaruratan tersebut peserta belum dilengkapi dengan identitas kepesertaannya, maka diberi waktu 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapi identitas kepesertaan tersebut.

- g. Untuk pelayanan obat dalam program Jamkesmas mengacu pada Formularium Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Akan tetapi, dalam keadaan tertentu, bila memungkinkan rumah sakit bisa menggunakan formularium rumah sakit.
- h. Bahan habis pakai, darah, dan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya di rumah sakit diklaimkan dalam INA-CBGs dan merupakan satu kesatuan.
- i. Alat medis habis pakai (AMHP) yang dapat diklaim terpisah adalah hanya:
 - 1) *Intra Ocular Lens* (IOL)
 - 2) *J Stent* (Urologi)
 - 3) *Stent Arteri* (Jantung)
 - 4) *VP Shunt* (Neurologi)
 - 5) *Mini Plate* (Gigi)
 - 6) *Implant Spine* dan *Non Spine* (Orthopedi)
 - 7) *Prothesa* (Kusta)
 - 8) *Alat Vitrektomi* (Mata)
 - 9) *Pompa Kelasi* (Thalassaemia)
 - 10) *Kateter Double Lumen* (Hemodialisa)
 - 11) *Implant* (Rekonstruksi kosmetik)
 - 12) *Stent* (Bedah, THT, Kebidanan)

Untuk AMHP, rumah sakit wajib membuat daftar dan kisaran harga yang ditetapkan pihak rumah sakit atas masukan komite medik. Pilihan penggunaan AMHP tersebut didasarkan pada ketersediaan AMHP dengan mempertimbangkan efisiensi, efektifitas dan harga tanpa mengorbankan mutu.

- k. Obat hemophilia, onkologi (kanker) dan thalassaemia (HOT) dapat diklaimkan terpisah di luar paket INA-CBGs. Ketentuan obat HOT mengacu pada formularium Jamkesmas atau bila obat tersebut tidak ada dalam formularium Jamkesmas disetarakan dengan obat yang ada dalam formularium Jamkesmas. Khusus untuk obat thalassaemia mengacu pada obat-obatan thalassaemia seperti tercantum pada Juknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
- l. Untuk memenuhi kesesuaian INA-CBGs, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai *International Code Diseases Ten* (ICD-10) dan *International Code Diseases Nine* (ICD-9) *Clinical Modification* (CM). Dalam hal tertentu,

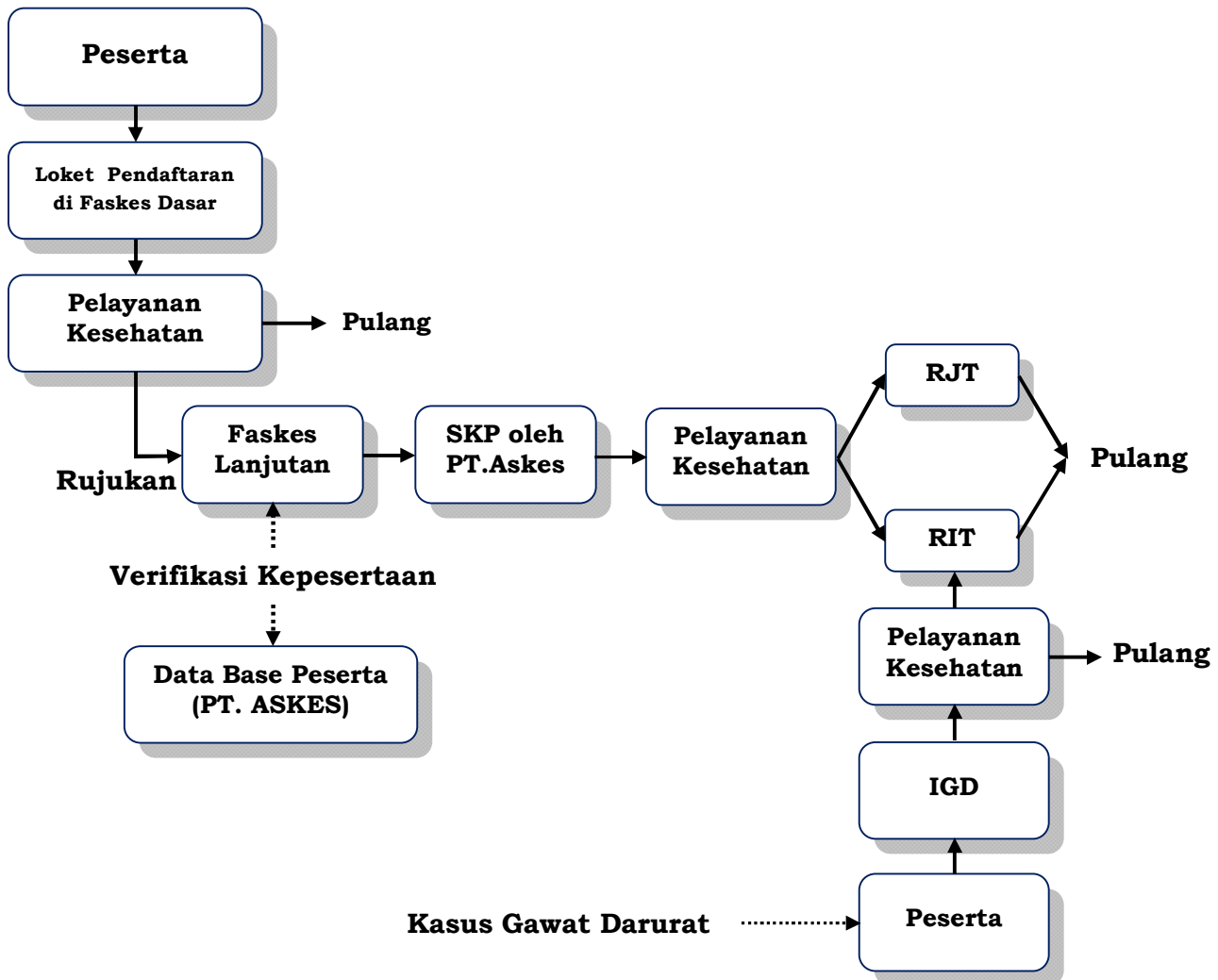
coder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (resume medik).

Pengaturan lebih lanjut mengenai pelaksanaan INA-CBG's dalam program Jamkesmas dilakukan dengan Petunjuk Teknis tersendiri yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Proses aktivasi dan instalasi *software* INA-CBG's dilakukan dengan konsultasi ke *Center for Casemix* Kementerian Kesehatan.

- m. Pada kasus-kasus dengan diagnosis yang kompleks dengan *severity level* 3 menurut kode INA-CBGs harus mendapatkan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk/diberi tanggung jawab oleh rumah sakit untuk hal tersebut.
- n. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim menggunakan 1 (satu) kode INA-CBGs dengan jenis pelayanan rawat inap.
- o. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosis akan tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder dari diagnosis utamanya maka diklaimkan menggunakan 1 (satu) kode INA-CBGs.
- p. Fasilitas kesehatan lanjutan melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBGs.

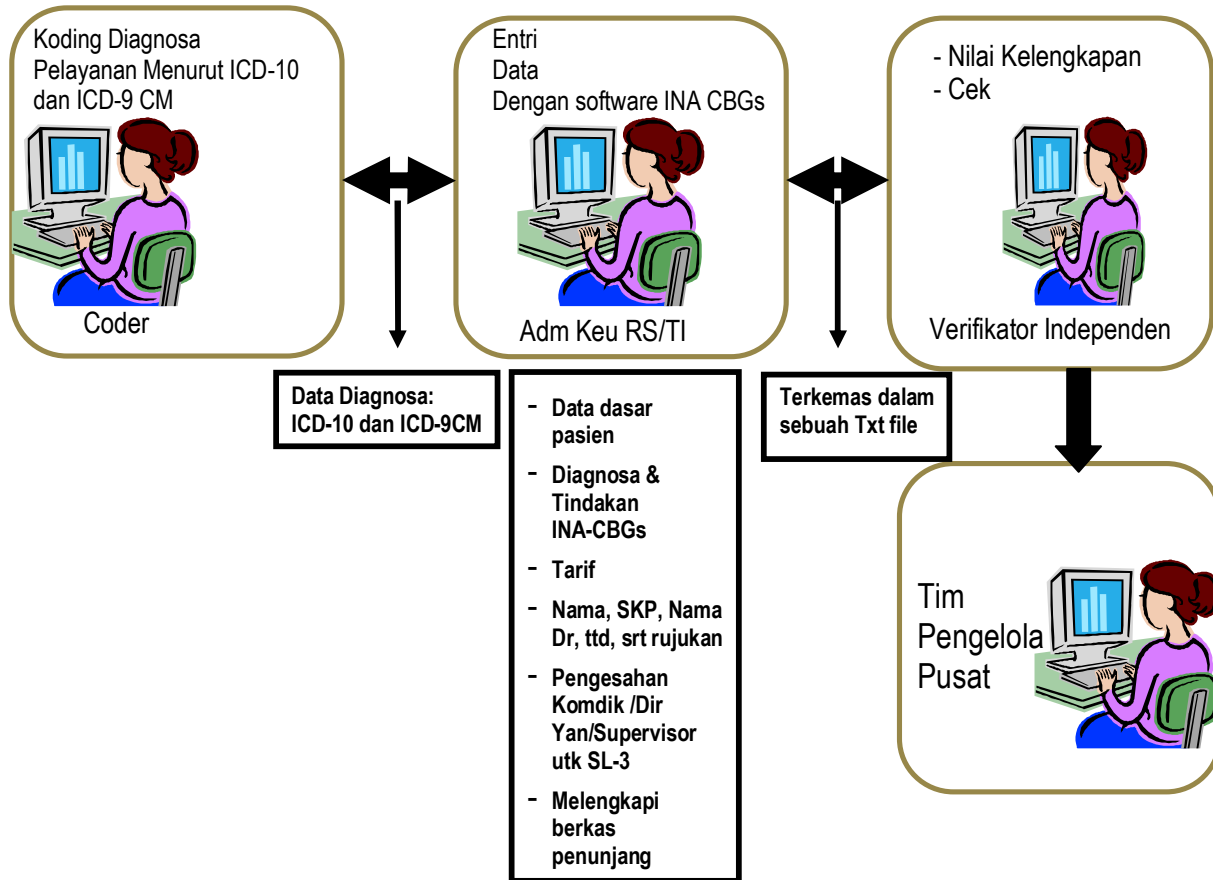
Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas dan penerima manfaat Jampersal tidak boleh dikenakan urun biaya oleh fasilitas kesehatan dengan alasan apapun.

ALUR PELAYANAN KESEHATAN



Pemberlakuan INA-CBGs di fasilitas kesehatan lanjutan meliputi berbagai aspek sebagai satu kesatuan yakni: *penyiapan software* dan *aktivasinya*, administrasi klaim dan proses verifikasi. Agar dapat berjalan dengan baik, dokter harus menuliskan diagnosis dan tindakan dengan lengkap menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM. Koder menerjemahkan diagnosis dan tindakan ke dalam ICD 10 dan ICD 9 CM. Selanjutnya petugas administrasi klaim fasilitas kesehatan lanjutan melakukan entri data klaim dengan lengkap dan menggunakan *software* INA-CBGs. Pada kasus *severity level 3* harus dilengkapi dengan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor.

Alur Pelaksanaan INA-CBGs dan Administrasi Klaim



Biaya transport rujukan pasien dari Puskesmas ke fasilitas kesehatan lanjutan di kabupaten/kota setempat mengikuti petunjuk teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas, sedangkan biaya transportasi pemulangan pasien dari rumah sakit serta rujukan dari rumah sakit ke rumah sakit lainnya tidak ditanggung dalam program ini sehingga menjadi tanggung jawab pemerintah daerah asal peserta.

C. MANFAAT

Pada dasarnya manfaat yang disediakan bagi peserta bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain:

1. Pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan :

- 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan 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 keluarga berencana (alat kontrasepsi disediakan BKKBN), termasuk penanganan efek samping dan komplikasi; dan
 - 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; dan
 - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED).
- c. Persalinan normal dilakukan di puskesmas dan jaringannya, bidan praktik mandiri, dokter praktik swasta, rumah bersalin swasta atau klinik bersalin swasta yang memiliki perjanjian kerja sama (PKS) dengan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK/dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
- d. Pelayanan gawat darurat (*emergency*). Kriteria/diagnosa gawat darurat, sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.
2. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan lanjutan.
- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) di rumah sakit dan Balkesmas meliputi:
- 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum;
 - 2) Rehabilitasi medik;
 - 3) Penunjang diagnostik terdiri dari: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
 - 4) Tindakan medis;
 - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;
 - 6) Pelayanan KB, termasuk kontrasepsi mantap efektif, kontrasepsi mantap pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (kontrasepsi disediakan BKKBN);
 - 7) Pemberian obat mengacu pada Formularium;
 - 8) Pelayanan darah; dan

- 9) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III (tiga) rumah sakit, meliputi :
 - 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III;
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - 3) Penunjang diagnostik terdiri dari : patologi klinik, patologi anatomi, laboratorium mikro patologi, patologi radiologi dan elektromedik;
 - 4) Tindakan medis;
 - 5) Operasi sedang, besar dan khusus;
 - 6) Pelayanan rehabilitasi medis;
 - 7) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU);
 - 8) Pemberian obat mengacu pada Formularium;
 - 9) Pelayanan darah;
 - 10) Bahan dan alat kesehatan habis pakai; dan
 - 11) Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK).
- c. Pelayanan gawat darurat (*emergency*), kriteria gawat darurat sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.
- d. Seluruh penderita Thalassaemia Mayor dijamin, termasuk bukan peserta Jamkesmas.

Pengaturan pelayanan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pemeriksaan nifas dan bayi baru lahir serta pelayanan KB paska persalinan tertuang dalam petunjuk teknis Jaminan Persalinan.

3. Pelayanan Yang Dibatasi (*Limitation*)

- a. Kacamata diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan lensa koreksi minimal +1/-1, atau lebih sama dengan +0,50 *cylindris* karena kelainan *cylindris* (astigmat sudah mengganggu penglihatan), dengan nilai maksimal Rp.150.000 berdasarkan resep dokter.
- b. Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien dan ketersediaan alat di daerah.
- c. Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Komite Medik atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak didasarkan pada harga dan ketersediaan alat yang paling efisien di daerah tersebut.

- d. Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak tersebut di atas disediakan oleh rumah sakit bekerja sama dengan pihak-pihak lain dan diklaimkan terpisah dari paket INA-CBGs.
4. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*)
- 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; dan
 - g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam, kecuali memang yang bersangkutan sebagai peserta Jamkesmas; dan
 - h. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial, baik dalam gedung maupun luar gedung.

D. FASILITAS KESEHATAN

1. Fasilitas kesehatan dalam program Jamkesmas dan Jampersal meliputi fasilitas kesehatan dasar (puskesmas dan jaringannya, bidan praktik mandiri, dokter praktik swasta, rumah bersalin swasta, dan klinik bersalin swasta) dan fasilitas kesehatan lanjutan (Balkesmas, klinik swasta termasuk klinik haemodialisa, rumah sakit pemerintah termasuk rumah sakit khusus, rumah sakit TNI/POLRI dan rumah sakit swasta) yang telah bekerja sama dalam program Jamkesmas. Untuk fasilitas kesehatan dasar swasta yang melayani Jampersal harus membuat perjanjian kerja sama dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.
2. Perjanjian Kerja Sama (PKS) dibuat antara fasilitas kesehatan dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota setempat yang diketahui oleh Tim Pengelola Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturannya dan diperbaharui setiap tahunnya apabila fasilitas kesehatan lanjutan tersebut masih berkeinginan menjadi fasilitas kesehatan lanjutan program Jamkesmas.
3. Fasilitas Kesehatan lanjutan sebagaimana dimaksud butir 1 dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat berdasarkan kebutuhan dengan mempertimbangkan berjalannya proses pengabsahan peserta oleh petugas PT Askes (Persero) serta verifikasi oleh Verifikator Independen.

4. Jaringan fasilitas kesehatan baru yang ingin bekerja sama dalam program Jamkesmas, mengajukan permohonan tertulis kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/ Kota setempat disertai dokumen lengkap terdiri dari:
 - a. Profil Fasilitas Kesehatan;
 - b. Perizinan Fasilitas Kesehatan pemohon (ijin tetap atau ijin operasional sementara);
 - c. Penetapan Kelas Rumah Sakit (Kelas A, Kelas B, Kelas C, atau Kelas D) dari Kementerian Kesehatan. Khusus Balkesmas disetarakan dengan Rumah Sakit Kelas C atau Kelas D;
 - d. Pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program Jamkesmas sebagaimana diatur dalam pedoman pelaksanaan program Jamkesmas, yang ditandatangani di atas materai Rp6000,- oleh Direktur Rumah Sakit;
 - e. Khusus klinik hemodialisa selain melengkapi dokumen pada butir a. sampai dengan d. di atas, klinik tersebut wajib melampirkan surat rekomendasi dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI).
5. Berdasarkan dokumen sebagaimana dimaksud pada butir 4 di atas maka Tim Pengelola Kabupaten/Kota setempat memberikan penilaian terhadap fasilitas kesehatan pemohon, apabila telah memenuhi persyaratan di atas, maka dilakukan PKS antara Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan, diketahui oleh Tim Pengelola Provinsi (Contoh PKS sebagaimana terlampir dalam Formulir 3 atau dapat diakses melalui website www.ppjk.depkes.go.id).
6. Upaya perbaikan peningkatan pelayanan kesehatan harus terus dilakukan dalam rangka peningkatan pelayanan dan peningkatan efisiensi baik di puskesmas maupun di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, khususnya hal-hal yang terkait dengan perizinan rumah sakit, kualifikasi rumah sakit dan akreditasi rumah sakit. Telaah pemanfaatan pelayanan (*utilisation review*) dilakukan untuk menilai kewajaran pelayanan kesehatan yang dilakukan.
7. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan fasilitas kesehatan yang telah melakukan kerja sama kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat bersama nomor rekening fasilitas kesehatan lanjutan yang bersangkutan, untuk didaftarkan sebagai fasilitas kesehatan Jamkesmas dengan keputusan Ketua Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

**Untuk PKS fasilitas kesehatan Jaminan persalinan dapat dilihat
pada Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan**

BAB V

TATA LAKSANA PENDANAAN

Dalam upaya penataan penyelenggaraan Jamkesmas dengan lebih baik, khususnya dalam pengelolaan pendanaan, tahun 2011 dilakukan penyempurnaan pengelolaan dana secara terintegrasi dan menyeluruh dalam satu pengelolaan oleh Tim Pengelola. Adapun tata laksana pendanaan meliputi: Ketentuan Umum, Sumber dan Alokasi Pendanaan, Lingkup Pendanaan, Penyaluran Dana, dan Pengelolaan Dana.

A. KETENTUAN UMUM

1. Pendanaan Jamkesmas merupakan jenis belanja bantuan sosial bersumber dari APBN Kementerian Kesehatan.
2. Dana belanja bantuan sosial sebagaimana dimaksud pada angka 1. adalah dana yang dimaksudkan untuk mendorong pencapaian program dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas serta bukan bagian dari dana yang ditransfer ke Pemerintah Kabupaten/ Kota sehingga pengaturannya tidak melalui mekanisme APBD, dan dengan demikian tidak langsung menjadi pendapatan daerah.
3. Dana Jamkesmas dan Jampersal terintegrasi secara utuh menjadi satu kesatuan.
4. Dana Jamkesmas dan Jampersal untuk pelayanan kesehatan dasar disalurkan langsung dari rekening kas negara ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui bank.
5. Dana Jamkesmas dan Jampersal untuk pelayanan kesehatan lanjutan disalurkan langsung dari rekening kas negara ke rumah sakit/Balkesmas melalui bank.
6. Pembayaran biaya pelayanan kesehatan dasar dan jaminan persalinan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dibayar dengan pola klaim.
7. Pertanggungjawaban untuk seluruh fasilitas kesehatan lanjutan menggunakan pola pembayaran dengan INA-CBGs.
8. Peserta tidak boleh dikenakan urun biaya dengan alasan apapun.
9. Transport rujukan pasien dari pelayanan kesehatan dasar dan Persalinan Risiko tinggi ke pelayanan kesehatan lanjutan dibiayai dari dana jamkesmas.
10. Jasa pelayanan KB dibiayai dari dana Jamkesmas.

B. SUMBER DAN ALOKASI DANA

1. Sumber

Dana pelayanan Jamkesmas bersumber dari APBN sektor kesehatan dan APBD. Pemerintah daerah melalui APBD berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di daerah masing-masing meliputi:

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jamkesmas.
- b. Biaya transportasi rujukan dari rumah sakit yang merujuk ke pelayanan kesehatan lanjutan serta biaya pemulangan pasien menjadi tanggung jawab Pemda asal pasien.
- c. Biaya transportasi petugas pendamping pasien yang dirujuk.
- d. Dukungan biaya operasional manajemen Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota.
- e. Biaya lain-lain di luar pelayanan kesehatan, sesuai dengan spesifik daerah dapat dilakukan oleh daerahnya.

Pendanaan untuk pelaksanaan tugas Sekretariat Tim pengelola Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota bersumber dari dana dekonsentrasi Jamkesmas.

2. Alokasi

Besaran alokasi dana pelayanan Jamkesmas di pelayanan dasar untuk setiap kabupaten/kota dan pelayanan rujukan untuk rumah sakit/Balkesmas ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan.

C. LINGKUP PENDANAAN

Pendanaan Jamkesmas terdiri dari:

1. Dana Pelayanan Kesehatan

Dana Pelayanan Kesehatan adalah dana yang langsung diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Dana Pelayanan Kesehatan bagi peserta Jamkesmas meliputi seluruh pelayanan kesehatan di:

- a. Puskesmas dan jaringannya untuk pelayanan kesehatan dasar.
- b. Rumah sakit pemerintah/swasta termasuk rumah sakit khusus, TNI/POLRI, Balkesmas untuk pelayanan kesehatan rujukan.

2. Dana Operasional Manajemen

Dana Operasional Manajemen adalah dana yang diperuntukkan untuk operasional manajemen Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota dalam menunjang program Jamkesmas.

a. Operasional Manajemen Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Pusat

Dana Operasional Manajemen Tim pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat adalah dana APBN yang dialokasikan melalui DIPA Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan. Dana Operasional Manajemen Tim pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat dipergunakan untuk kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- 1) administrasi kepesertaan;
- 2) koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program;
- 3) advokasi, sosialisasi;
- 4) bimbingan teknis;
- 5) pelatihan petugas coder dan klaim rumah sakit, verifikator independen;
- 6) pertemuan evaluasi program jamkesmas;
- 7) kajian dan survei;
- 8) pembayaran honor dan operasional;
- 9) perencanaan dan pengembangan program;
- 10) pengelolaan pelaporan pelaksanaan jamkesmas;
- 11) pengembangan dan pemantapan sistem informasi manajemen (SIM) jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas), *software* jamkesmas; dan
- 12) penanganan pengaduan masyarakat.

b. Operasional Manajemen Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi/Kabupaten/Kota

Dana Operasional Manajemen Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota adalah dana operasional yang bersumber dari APBN dan disediakan melalui dana dekonsentrasi, tugas pembantuan dan kontribusi dana APBD, yang penggunaannya untuk kegiatan-kegiatan antara lain:

- 1) pembayaran honorarium tim pengelola provinsi/kabupaten/kota;
- 2) operasional tim pengelola dan tim koordinasi provinsi/kabupaten/kota;
- 3) koordinasi pelaksanaan, konsultasi dan pembinaan program;
- 4) sosialisasi program bagi *stakeholder* dan melalui media;

- 5) evaluasi program di provinsi/kabupaten/kota; dan
- 6) pengelolaan pelaporan pelaksanaan jamkesmas dan bok di provinsi/kabupaten/kota.

D. PENYALURAN DANA

1. DANA PELAYANAN KESEHATAN

a. PUSKESMAS

- 1) Dana pelayanan kesehatan program Jamkesmas di puskesmas terintegrasi secara utuh dengan dana Jaminan Persalinan, apabila terjadi kekurangan dana disalah satunya maka dapat saling melengkapi. Dana tersebut disalurkan secara langsung dari rekening kas negara ke rekening giro atas nama Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.
- 2) Penyaluran dana ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilakukan secara bertahap berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan yang mencantumkan, alokasi, rekening Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan besaran dana yang diterima.
- 3) Pengaturan lebih rinci tentang penyaluran, pemanfaatan dan pertanggung jawaban dana di puskesmas dan jaringannya di atur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis tersendiri melalui Peraturan Menteri Kesehatan yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari pedoman pelaksanaan Jamkesmas.
- 4) Pengaturan lebih rinci dana jaminan persalinan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.

b. RUMAH SAKIT/BALKESMAS

- 1) Dana pelayanan kesehatan program Jamkesmas di fasilitas kesehatan lanjutan terintegrasi secara utuh dengan dana jaminan persalinan dan disalurkan secara langsung dari rekening kas negara ke rekening fasilitas kesehatan lanjutan melalui bank. Penyaluran dana dilakukan secara bertahap.
- 2) Penyaluran dana pelayanan ke fasilitas kesehatan lanjutan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan yang mencantumkan nama fasilitas kesehatan lanjutan, dan besaran dana yang diterima.
- 3) Perkiraan besaran dana yang disalurkan untuk pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan perhitungan atas laporan pertanggung jawaban dana fasilitas kesehatan lanjutan.
- 4) Pengaturan lebih rinci dana jaminan persalinan di fasilitas kesehatan lanjutan sebagaimana ditetapkan dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.

2. DANA OPERASIONAL MANAJEMEN

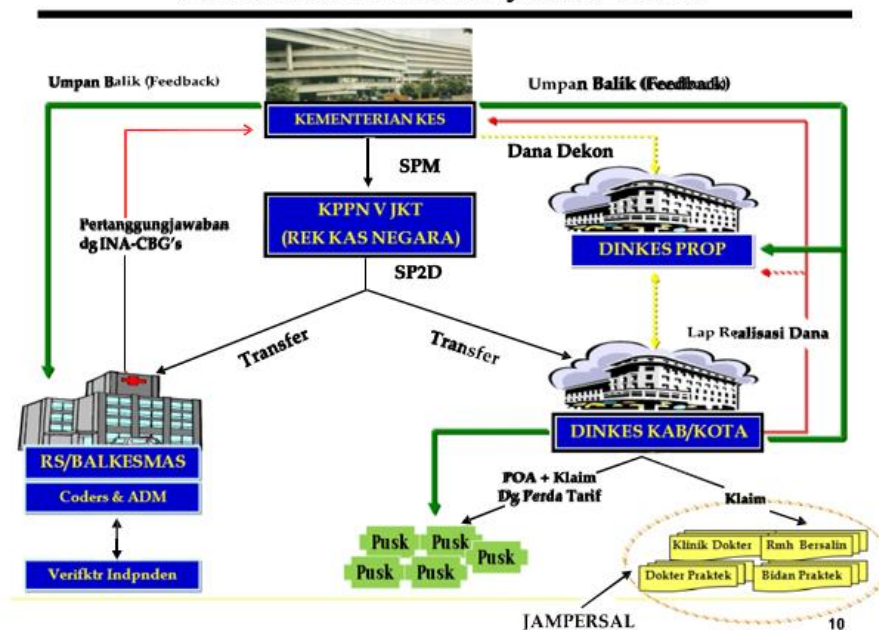
Dana operasional manajemen yang bersumber dari APBN untuk mendukung pelaksanaan penyelenggaraan Jamkesmas bagi Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota penyalurannya mengikuti aturan dan ketentuan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

Dana Jamkesmas yang disalurkan ke Rekening fasilitas kesehatan lanjutan sebelum dipertanggungjawabkan dengan mekanisme INA-CBG's belum menjadi pendapatan fasilitas kesehatan Lanjutan, karena masih merupakan dana masyarakat (sasaran), jadi tidak dapat dicairkan

Apabila terjadi kekurangan dana pelayanan kesehatan pada akhir tahun anggaran, akan diperhitungkan dan dibayarkan pada tahun berikutnya. Sebaliknya bila terjadi kelebihan dana pelayanan kesehatan pada akhir tahun anggaran, maka dana tersebut menjadi sumber dana pelayanan kesehatan tahun berikutnya.

Bunga Bank/Jasa Giro yang terdapat pada Rekening fasilitas kesehatan Lanjutan dan dinas kesehatan kabupaten/kota yang bersumber dari Dana Jamkesmas harus disetor ke Kas Negara melalui KPPN setempat (contoh Fomat Setoran Bunga Bank/Jasa Giro ke kas Negara terlampir pada Formulir 4)

BAGAN ALUR DANA JAMKESMAS



E. PENGELOLAAN DANA (PENERIMAAN, PENCAIRAN/PEMBAYARAN, PEMANFAATAN, DAN PERTANGGUNGJAWABAN)

1. DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

a. Dana Pelayanan Kesehatan

1) Penerimaan

Dalam persiapan awal Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menunjuk dan menetapkan salah satu anggota Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK sebagai penanggung jawab yang akan mengelola dana Jamkesmas dan Jampersal.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota segera membuka rekening giro khusus untuk menerima dana Jamkesmas dan Jampersal.

Penanggung jawab keuangan mencatat semua penerimaan dana Jamkesmas yang telah disalurkan dari Pusat.

2) Pembayaran

a) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota membuat inventarisasi POA dan klaim yang diajukan oleh puskesmas serta rencana pencairan dana pelayanan kesehatan.

b) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota melakukan telaah dan verifikasi terhadap:

(1) *Plane of Action* (POA) dan Klaim yang diajukan oleh puskesmas, dan

(2) Klaim yang diajukan fasilitas kesehatan/tenaga kesehatan swasta.

c) Pembayaran atas klaim-klaim sebagaimana dimaksud pada angka (1) dan angka (2) dilakukan berdasarkan hasil Verifikasi yang dilakukan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota.

d) Verifikasi klaim yang dilakukan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota mencakup:

(1) Kesesuaian realisasi pelayanan dan besaran tarif jampersal/tarif perda yang digunakan disertai bukti pendukungnya.

(2) Pengecekan klaim dari fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas serta fasilitas kesehatan/tenaga kesehatan swasta yang memberikan pelayanan Jaminan Persalinan beserta bukti pendukungnya.

- (3) Melakukan kunjungan ke lapangan untuk pengecekan kesesuaian dengan kondisi sebenarnya bila diperlukan.
 - (4) Memberikan rekomendasi dan laporan pertanggungjawaban atas klaim-klaim tersebut kepada Kepala Dinas Kesehatan setiap bulan yang akan dijadikan laporan pertanggungjawaban keuangan ke Pusat.
- 3) Pertanggungjawaban
- a) Penanggung jawab keuangan sebagai pengelola keuangan yang ditunjuk harus memiliki buku catatan kas keluar/masuk untuk mencatat setiap uang masuk dan keluar dari kas yang terpisah dengan sumber pembiayaan yang lain, dan pembukuan terbuka bagi pengawas internal (Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Badan Pemeriksa Keuangan dan Pembangunan (BPKP)) maupun eksternal (Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)) setelah memperoleh izin Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - b) Seluruh berkas dan bukti-bukti:
 - (1) Kwitansi pembayaran klaim dana pelayanan Jamkesmas ke puskesmas.
 - (2) POA dan klaim pelayanan Jamkesmas beserta bukti pendukung dari puskesmas.
 - (3) Klaim pelayanan persalinan dari fasilitas kesehatan/tenaga kesehatan swasta.

Disimpan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai dokumen pertanggung jawaban yang akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
 - c) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota membuat dan mengirimkan Laporan Rekapitulasi Realisasi Penggunaan Dana pelayanan Jamkesmas dan Jampersal yang telah dibayarkan ke puskesmas dan fasilitas kesehatan/Tenaga Kesehatan swasta (Format sebagaimana terlampir dalam Formulir 5)

b. Dana Operasional Manajemen

Pengelolaan dana operasional manajemen oleh Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK kabupaten/kota mengikuti ketentuan APBN yang berlaku.

2. PUSKESMAS

a. Pencairan/Pembayaran

- 1) Puskesmas membuat *Plan Of Action* (POA) sebagai acuan rencana kerja puskesmas dan jaringannya dalam pemberian pelayanan kesehatan perorangan peserta Jamkesmas baik di dalam maupun di luar gedung. POA tersebut telah dibahas dan disepakati sebelumnya melalui forum lokakarya mini puskesmas. POA dibuat secara terpadu untuk kegiatan Jaminan Kesehatan, Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (Format sebagaimana terlampir dalam Formulir 6) dan pengusulan POA tersebut dapat dilakukan perbulan. Pencairan dana dapat dilakukan perbulan, perdua bulan atau pertiga bulan disesuaikan kebijakan kepala Dinas Kesehatan setempat dengan mempertimbangkan letak geografis dan kesulitan-kesulitan puskesmas.
- 2) Pencairan dan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan didasarkan pada:
 - a) POA dan Klaim dari puskesmas
 - b) Klaim dari fasilitas kesehatan/tenaga kesehatan swasta

b. Pemanfaatan

- 1) Pemanfaatan dana Jamkesmas di puskesmas dan jaringannya dapat digunakan untuk membayar:
 - a) pelayanan rawat jalan tingkat pertama;
 - b) pelayanan rawat inap;
 - c) pertolongan persalinan;
 - d) pelayanan spesialistik; dan
 - e) transport rujukan (untuk pasien Jampersal transport rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke tingkat lanjutan menggunakan dana BOK)
- 2) Dana Jamkesmas di puskesmas dan jaringannya tidak dapat dimanfaatkan untuk operasional pelayanan kesehatan luar gedung karena akan didanai dari dana BOK.
- 3) Biaya pelayanan kesehatan di puskesmas mengacu pada Peraturan Daerah tentang tarif yang berlaku di daerah tersebut. Apabila dalam Peraturan Daerah tentang tarif tersebut tidak mengatur tentang tarif atas jenis pelayanan yang diberikan maka dapat dibuatkan Surat Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan usulan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Khusus untuk pelayanan dalam Jampersal menggunakan tarif yang ditetapkan dalam Juknis Jampersal.

- 4) Dana yang telah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan pemerintah baik fasilitas kesehatan tingkat pertama/dasar maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan/rujukan, mengikuti ketentuan perundangan yang berlaku/tata kelola keuangan daerah dan pengaturannya bergantung pada status fasilitas kesehatan tersebut apakah BLU/BLUD atau non BLU/BLUD.

Sedangkan, pemanfaatan dana Jampersal yang diterima oleh Dokter Praktik/Bidan praktik mandiri, dan pelayanan Jamkesmas di fasilitas tingkat lanjutan/rujukan swasta, sepenuhnya menjadi hak Dokter Praktik/Bidan Praktik Mandiri dan fasilitas tingkat lanjutan/rujukan swasta tersebut.

Untuk fasilitas kesehatan pemerintah daerah yang belum menerapkan PPK-BLUD, maka penerimaan dari fasilitas kesehatan merupakan pendapatan daerah dan wajib disetorkan ke kas daerah. Untuk itu, baik pendapatan maupun penggunaannya wajib masuk dalam Peraturan Daerah tentang APBD atau Perubahan APBD tahun anggaran berkenaan. Agar bisa diperoleh pengembalian atas dana retribusi tersebut dengan cepat dari kas daerah sehingga dapat digunakan untuk memberi pelayanan kepada masyarakat berikutnya yang memerlukan, yang di dalamnya termasuk jasa pelayanan yang dimaksudkan sebagai insentif untuk mengakselerasi pencapaian MDGs, maka waktu penyetoran penerimaan ke kas daerah agar disertai dengan Surat Perintah Membayar (SPM) secara bersamaan. Untuk itu, kepala daerah agar membuat regulasi berkaitan dengan pengaturan hal tersebut.

- 5) Besaran jasa pelayanan untuk pelayanan kesehatan dasar dibayarkan sebesar minimal sebesar 50% dari pendapatan pelayanan kesehatan dasar Program Jamkesmas dan untuk jaminan persalinan minimal sebesar 75% dari tarif Jampersal dibayarkan kepada pemberi pelayanan persalinan dengan memperhatikan maksud pemberian insentif agar terjadi akselerasi tujuan program dan tujuan MDGs, terutama pencapaian penurunan angka kematian ibu bersalin.
- 6) Besaran Jasa pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan/ rujukan dibayarkan atas biaya pelayanan kesehatan yang telah dilakukan berdasarkan usulan Direktur Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. Pengaturan mengenai jasa pelayanan/jasa medik tersebut dilakukan sesuai dengan ketentuan yang mengatur mengenai hal itu.

- 7) Pengaturan sebagaimana dimaksud pada angka empat (4) diatur melalui peraturan Bupati/ Walikota atas usul Kepala Dinas Kesehatan yang didasari atas surat keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk teknis pelaksanaan ini.
- 8) Dana yang telah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan swasta (yang bekerja sama) sepenuhnya menjadi pendapatan fasilitas tersebut, termasuk Bidan Praktik, Dokter Praktik, Klinik Bersalin dan sebagainya.

c. Pertanggungjawaban

- 1) Pertanggungjawaban dana Jamkesmas yang diterima puskesmas untuk pelayanan kesehatan dasar dan jaminan persalinan oleh fasilitas kesehatan/Tenaga Kesehatan Swasta menggunakan mekanisme klaim (Format sebagaimana terlampir pada Formulir 7 dan Formulir 8)
- 2) Pengaturan lebih rinci tentang pengelolaan dana Jamkesmas di pelayanan dasar akan diatur dalam Petunjuk Teknis tersendiri.

Sisa dana pada rekening dinas kesehatan kabupaten/kota yang tidak digunakan dan/atau tidak tersalurkan sampai dengan akhir tahun anggaran harus disetor ke kas negara (Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-21/PB/2011 tentang Petunjuk Pencairan Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat)

3. RUMAH SAKIT/BALKESMAS

a. Pertanggungjawaban

- 1) Fasilitas kesehatan Lanjutan membuat pertanggungjawaban Dana pelayanan kesehatan dengan menggunakan *Software* INA-CBG's.
- 2) Selanjutnya pertanggungjawaban tersebut akan diverifikasi oleh Verifikator Independen dengan menggunakan *Software* verifikasi Klaim Jamkesmas.
- 3) Setelah verifikasi dinyatakan layak oleh Verifikator Independen, selanjutnya pertanggungjawaban tersebut ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit/Kepala Balai Kesehatan Masyarakat dan Verifikator Independen.
- 4) Pertanggungjawaban dana Jamkesmas di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala PPK lanjutan dan Verifikator Independen.

- 5) Selanjutnya fasilitas kesehatan lanjutan mengirimkan secara resmi laporan pertanggungjawaban dana Jamkesmas dalam bentuk *hard copy* yaitu Formulir 1C, 2C, 3, dan Formulir koreksi (Format sebagaimana terlampir dalam Formulir 9)serta *soft copy* dalam satu CD yang memuat (1) *file txt* INA-CBG's; (2) *file txt* administrasi klaim; (3) *Raw data* VI kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dan tembusan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/kota dan Provinsi berupa *hardcopy form* 3 sebagai bahan monitoring, evaluasi dan pelaporan.
- 6) Pertanggungjawaban dana yang diterima oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat akan dilakukan telaah dan selanjutnya diberikan umpan balik sebagai upaya pembinaan.
- 7) Pelaporan pertanggungjawaban dana disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan lanjutan meliputi kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), kunjungan kasus Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), disertai dengan karakteristik pasien, sepuluh penyakit terbanyak dan sepuluh penyakit dengan biaya termahal.

Pertanggungjawaban dana Jamkesmas untuk Rumah Sakit khusus jiwa menggunakan ketentuan sebagai berikut:

- Termin 1 hari 1 - hari 35 = Tarif INA-CBG's
- Termin 2 hari 36 - hari 103 = Rp. 90.000,-
- Termin 3 hari 104 – hari 180 = Rp. 45.000,-

Sedangkan untuk Rumah Sakit khusus kusta menggunakan ketentuan:

- Termin 1 hari 1 - hari 35 = Tarif INA-CBG's
- Termin 2 hari 36 - hari 103 = Rp. 50.000,-
- Termin 3 hari 104 – hari 180 = Rp. 25.000,-

Tarif Balkesmas dalam implementasi INA-CBG's disetarakan dengan RS kelas C atau kelas D dan RS yang belum mempunyai penetapan kelas ditetapkan setara dengan kelas C atau kelas D. Pada RS khusus yang melayani pelayanan kesehatan umum, maka diberlakukan dua tarif INA-CBG's sesuai dengan penetapan kelas oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

b. Pencairan Dan Pemanfaatan

- 1) Dengan telah ditandatanganinya pertanggungjawaban dana oleh Direktur fasilitas kesehatan lanjutan/Kepala Balai dan verifikator independen, maka fasilitas kesehatan lanjutan sudah dapat mencairkan dana pelayanan kesehatan tersebut dengan batas pencairan sejumlah dana yang dipertanggungjawabkan.

- 2) Dana yang sudah dicairkan, bagi rumah sakit Daerah yang belum berstatus BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan kepada mekanisme daerah. Apabila terjadi selisih positif (surplus) yang disebabkan tarif perda setempat lebih rendah dari pendapatan klaim Jamkesmas maka pengaturan selisih dana yang ada diatur oleh kebijakan daerah seperti SK Gubernur/Bupati/Walikota. Untuk rumah sakit Daerah dan Vertikal yang berstatus BLU/BLUD, mengikuti ketentuan BLU/BLUD. Dan untuk rumah sakit Swasta mengikuti ketentuan yang berlaku di rumah sakit tersebut.
- 3) Pemanfaatan atas dana lunjuran yang telah menjadi hasil kinerja pelayanan kesehatan sebagai penerimaan/pendapatan atas klaim pelayanan, dapat digunakan 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 Provinsi bagi rumah sakit daerah dan persetujuan dari Ditjen Bina Upaya Kesehatan untuk rumah sakit vertikal.
- 4) Seluruh berkas dokumen pertanggungjawaban dana disimpan oleh rumah sakit, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).

Besaran jasa pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan/rujukan dibayarkan atas biaya pelayanan kesehatan yang telah dilakukan berdasarkan usulan direktur Rumah sakit yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. Jasa medis/jasa pelayanan tersebut meliputi biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, tindakan medis, perawatan, konsultasi, visite, dan/atau pelayanan medis lainnya, serta untuk pelaksana administrasi pelayanan.

F. VERIFIKASI

Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Verifikasi di puskesmas dilaksanakan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota sedangkan verifikasi di fasilitas kesehatan lanjutan dilakukan oleh verifikator independen. Standar pelaksanaan verifikasi di puskesmas dan fasilitas kesehatan lanjutan diatur lebih lanjut dalam petunjuk teknis verifikasi tersendiri yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari pedoman ini.

Verifikasi atas pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas di fasilitas kesehatan lanjutan meliputi:

1. Verifikasi administrasi kepesertaan meliputi kartu peserta/surat keterangan lain yang disahkan oleh instansi yang berwenang, Nomor SKP, surat rujukan.
2. Administrasi pelayanan meliputi nama pasien, Nomor SKP, Nama dokter pemeriksa, tanda tangan komite medik (pada kasus yang masuk dalam *Severity Level 3*)
3. Administrasi keuangan meliputi bukti pembayaran tarif paket INA-CBGs dilampiri dengan Formulir pengajuan klaim INA- CBGs 1A dan INA- CBGs 2A. (Format sebagaimana terlampir dalam Formulir 10)
4. Tenaga pelaksana verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di fasilitas kesehatan lanjutan berada di bawah pembinaan dan koordinasi Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
5. Penunjukkan Koordinator untuk rumah sakit yang memiliki lebih dari satu verifikator independen sebagai penanggung jawab persetujuan rekapitulasi klaim.

G. PROSES VERIFIKASI

Proses verifikasi dalam pelaksanaan Jamkesmas, meliputi:

1. Pemeriksaan kebenaran dokumen identitas peserta Jamkesmas oleh PT. Askes (Persero);
2. Pemeriksaan Surat Rujukan dan Penerbitan SKP oleh PT. Askes (Persero) dan SJP oleh fasilitas kesehatan lanjutan;
3. Memastikan dikeluarkannya rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas rumah sakit sesuai dengan format yang ditentukan;
4. Pemeriksaan kebenaran penulisan diagnosis, prosedur, nomor kode;
5. Rekapitulasi pertanggungjawaban dana fasilitas kesehatan lanjutan yang sudah layak bayar;
6. Menandatangani rekapitulasi pertanggungjawaban dana fasilitas kesehatan lanjutan;
7. Memastikan Direktur rumah sakit/Kepala Balai Kesehatan menandatangani rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana;
8. Membuat laporan hasil pekerjaan bulanan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota (Format sebagaimana terlampir dalam Formulir 11)

H. 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 Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan di luar kuota sasaran yang sudah tercakup dalam program Jamkesmas, Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota yang memiliki kemampuan sumber daya memadai dapat mengelola dan mengembangkan program Jamkesda di daerahnya masing-masing.

Untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan di daerah, agar terjadi harmonisasi dan sinkronisasi maka mekanisme penyelenggaraannya seyogyanya mengikuti pula prinsip-prinsip asuransi sosial seperti:

1. Tidak bersifat komersial (nirlaba);
2. Pelayanan bersifat komprehensif;
3. Portabilitas;
4. Kendali mutu dan kendali biaya; dan
5. Efisien dan efektif, transparan, akuntabel.

Selain memenuhi prinsip tersebut di atas, agar pelaksanaannya di lapangan 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 yang cukup dan berkualitas;
2. Keterjangkauan Sarana dan Prasarana Pelayanan (*accessible*);
3. Rujukan yang terstruktur dan berjenjang;
4. Sistem Pencatatan dan Pelaporan yang terintegrasi dengan Jamkesmas dan
5. Harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas.

BAB VI

PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian kegiatan Jamkesmas dimaksudkan agar pelaksanaan manajemen kegiatan Jamkesmas dapat berjalan secara efektif dan efisien. Pengelolaan kegiatan Jamkesmas dilaksanakan secara bersama-sama antara pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Dalam pengelolaan Jamkesmas dibentuk Tim Pengelola di tingkat pusat, tingkat provinsi, dan tingkat kabupaten/kota. Pengelolaan kegiatan Jamkesmas terintegrasi dengan kegiatan BOK.

Pengorganisasian manajemen Jamkesmas dan BOK terdiri dari:

- Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK (bersifat lintas sektor), sampai tingkat kabupaten/kota.
- Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK (bersifat lintas program), sampai tingkat kabupaten/kota.

A. TIM KOORDINASI

1. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat

Menteri Kesehatan membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat, yang terdiri dari pelindung, ketua, sekretaris dan anggota. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait, diketuai oleh Sekretaris Utama Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dengan anggota terdiri dari Pejabat Eselon I Kementerian terkait dan unsur lainnya.

- a. Tugas Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:
 - 1) Menentukan strategi dan kebijakan nasional pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.
 - 2) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK secara nasional.
 - 3) Memberikan arahan untuk efisiensi dan efektivitas pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.
 - 4) Menjadi fasilitator lintas sektor tingkat pusat dan daerah.
- b. Struktur Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:
 - 1) Pelindung : Menteri Kesehatan
 - 2) Ketua : Sekretaris Utama Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
 - 3) Sekretaris : Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
 - 4) Anggota :
 - a) Irjen Kementerian Kesehatan

- b) Dirjen BAKD Kementerian Dalam Negeri
 - c) Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan
 - d) Dirjen Anggaran Kementerian Keuangan
 - e) Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
 - f) Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan
 - g) Dirjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan
 - h) Dirjen P2PL Kementerian Kesehatan
 - i) Kepala Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan
 - j) Staf Ahli Menteri Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan
 - k) Staf Ahli Menteri Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi Kementerian Kesehatan
- 5) Sekretariat :
- a) Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan
 - b) Setditjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan

2. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi

Gubernur membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi, yang terdiri dari Pelindung, Ketua, Sekretaris dan Anggota. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas dan BOK, diketuai oleh Sekretaris Daerah Provinsi dengan anggota terdiri dari pejabat terkait.

- a. Tugas Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi:
- 1) Menjabarkan strategi dan kebijakan pelaksanaan Jamkesmas dan BOK tingkat provinsi.
 - 2) Mengarahkan pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dan BOK sesuai kebijakan nasional.
 - 3) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK di tingkat provinsi.
- b. Struktur Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi:
- 1) Pelindung : Gubernur
 - 2) Ketua : Sekretaris Daerah Provinsi
 - 3) Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
 - 4) Anggota :
 - a) Kepala Bappeda Provinsi
 - b) Ketua Komisi DPRD Provinsi yang membidangi kesehatan
 - c) Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi
 - d) Lintas sektor terkait sesuai kebutuhan

3. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota

Bupati/Walikota membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota, yang terdiri dari Pelindung, Ketua, Sekretaris dan Anggota. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas dan BOK, diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota dengan anggota terdiri dari pejabat terkait.

- a. Tugas Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota:
 - 1) Menjabarkan strategi dan kebijakan pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.
 - 2) Mengarahkan pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dan BOK sesuai kebijakan nasional.
 - 3) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK.
 - 4) Menjadi fasilitator lintas sektor tingkat kabupaten/kota dan Puskesmas.
- b. Struktur Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota:
 - 1) Pelindung : Bupati/Walikota
 - 2) Ketua : Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota
 - 3) Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - 4) Anggota :
 - a) Kepala Bappeda Kabupaten/Kota
 - b) Ketua Komisi DPRD Kabupaten/Kota yang membidangi kesehatan
 - c) Kepala Dinas/Badan/Bagian yang mengelola keuangan daerah.
 - d) Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - e) Lintas sektor terkait sesuai kebutuhan

B. TIM PENGELOLA JAMKESMAS DAN BOK

Dalam pengelolaan kegiatan Jamkesmas dan BOK dibentuk Tim Pengelola Tingkat Pusat, Tim Pengelola Tingkat Provinsi, dan Tim Pengelola Tingkat Kabupaten/Kota. Tim Pengelola bersifat lintas program di Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

1. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat

Menteri Kesehatan membentuk Tim Pengelola dengan mengintegrasikan kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), kegiatan Jaminan Persalinan (Jampersal) dan Biaya Operasional Kesehatan (BOK) dalam satu pengelolaan. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat

terdiri dari Pelindung, Pengarah, Pelaksana Jamkesmas dan Pelaksana BOK yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

Adapun susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat sebagai berikut:

a. Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:

- 1) Pelindung : Menteri Kesehatan
- 2) Pengarah
 - a) Ketua : Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
 - b) Anggota : Para pejabat eselon I terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan
- 3) Pelaksana Jamkesmas
 - a) Penanggung Jawab : Staf Ahli Menteri Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan
 - b) Ketua : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
 - c) Sekretaris : Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
 - d) Anggota : Pejabat Esselon II terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan
 - e) Bidang Administrasi umum dan SDM, Perencanaan dan Anggaran, Sistem Informasi, Hukum dan Organisasi.
 - f) Bidang Kepesertaan
 - g) Bidang Pelayanan Kesehatan
 - h) Bidang Keuangan
 - i) Bidang Telaah Pertanggungjawaban
- 4) Pelaksana BOK
 - a) Penanggung Jawab : Staf Ahli Menteri Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi
 - b) Ketua : Sekretaris Direktorat Jenderal Bina Gizi KIA
 - c) Sekretaris : Kepala Bagian Keuangan Sesditjen Bina Gizi KIA
 - d) Anggota : Pejabat Esselon II terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan
 - e) Bidang Perencanaan, Penganggaran dan Keuangan
 - f) Bidang Sumber Daya Manusia dan Informasi
 - g) Bidang Hukum, Advokasi dan Sosialisasi
 - h) Bidang Monitoring, Evaluasi dan Pengembangan

b. Tugas Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:

1) Pengarah

- a) Merumuskan dan menetapkan kebijakan operasional dan teknis, pelaksanaan Jamkesmas dan BOK agar sejalan dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan Perpres Nomor 5 Tahun 2010 tentang RPJMN 2010-2014.
- b) Melakukan pengawasan dan pembinaan atas kebijakan yang telah ditetapkan.
- c) Melakukan sinkronisasi dan koordinasi terkait pengembangan kebijakan.
- d) Memberikan masukan dan laporan kepada Menteri Kesehatan terkait pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.

2) Pelaksana

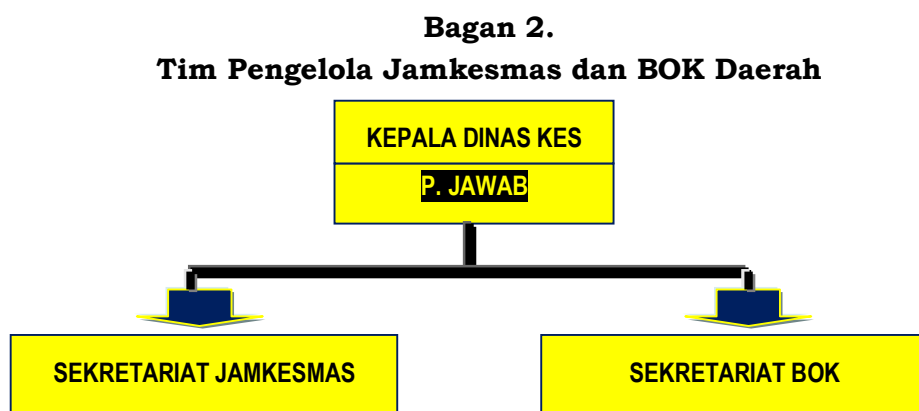
- a) Merumuskan dan melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pengarah.
- b) Menyusun pedoman teknis pelaksanaan, penataan sasaran, penataan fasilitas pelayanan kesehatan (pemberi pelayanan kesehatan) dalam rangka penyelenggaraan Jamkesmas.
- c) Menyiapkan dan menyusun pedoman pelaksanaan Jamkesmas sesuai dengan arah kebijakan pengarah dan rumusannya.
- d) Melaksanakan pertemuan berkala dengan pihak terkait dalam rangka koordinasi, sinkronisasi dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- e) Menyiapkan dan menyusun bahan-bahan bimbingan teknis, monitoring, dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- f) Melaksanakan advokasi, sosialisasi, sinkronisasi, pembinaan teknis dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- g) Menyusun perencanaan, evaluasi, monitoring dan pengawasan seluruh kegiatan sesuai dengan kebijakan teknis dan operasional yang telah ditetapkan.
- h) Melakukan telaah hasil verifikasi, realisasi pembayaran klaim dan mengusulkan kebutuhan anggaran pelayanan kesehatan.
- i) Melaksanakan pelatihan-pelatihan terkait penyiapan SDM dalam pelaksanaan Jamkesmas di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- j) Membantu kelancaran administrasi pelaksanaan tugas Tim Pengelola.
- k) Melakukan analisis aspek kendali biaya dan kendali mutu.

- 1) Membuat laporan hasil penyelenggaraan Jamkesmas secara berkala kepada pengarah.
- 3) Pelaksana BOK:
Tugas Tim Pelaksana BOK Tingkat Pusat dijelaskan lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan.

2. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi

Pelaksanaan kegiatan Jamkesmas (termasuk Jaminan Persalinan) terintegrasi dalam pengelolaan dengan kegiatan-kegiatan BOK, karena itu semua bidang yang mempunyai keterkaitan program di Dinas Kesehatan Provinsi harus masuk dalam struktur organisasi pengelola ini.

Dalam implementasi di lapangan untuk lebih efektif, efisien dan lancarnya pelaksanaan penyelenggaraan ketiga kegiatan tersebut, secara umum di provinsi dan kabupaten/kota tim pengelola yang dibentuk terdiri dari 2 (dua) sekretariat, yaitu Sekretariat Jamkesmas dan Sekretariat BOK.



Pendanaan kegiatan manajemen Jamkesmas dan BOK di provinsi dibiayai melalui :

- Dana Dekonsentrasi Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan pada kegiatan Pembinaan, Pengembangan Pembiayaan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk penanggung jawab dan Sekretariat Jamkesmas Provinsi; dan
- Dana Dekonsentrasi Dukungan Manajemen, Sekretariat Ditjen Bina Gizi dan KIA untuk membiayai Sekretariat BOK Provinsi.

a. Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi, terdiri dari:

- 1) Penanggung Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
- 2) Sekretariat Jamkesmas

- a) Ketua : Kabid/Pejabat Eselon III yang membidangi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
 - b) Wakil Ketua I Bid Advokasi dan Sosialisasi :
(ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang bersangkutan)
 - c) Wakil Ketua II Bid Monev dan Pelaporan :
(ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang Bersangkutan)
 - d) Anggota : 2 Orang.
- 3) Sekretariat BOK : sekretariat BOK dapat dilihat pada juknis BOK

Total personil Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi berjumlah sebanyak 6 (enam) orang. Masing-masing wakil ketua dibantu oleh 1 (satu) orang anggota yang ada.

b. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi bertugas:

- 1) Melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat.
- 2) Bertanggung jawab dalam pengelolaan manajemen penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
- 3) Mengoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas.
- 4) Melakukan pembinaan (koordinasi dan evaluasi) terhadap pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota.
- 5) Melatih tim pengelola Jamkesmas dan BOK tingkat kabupaten/kota.
- 6) Menyampaikan laporan dari hasil penyelenggaraan kegiatan Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat.
- 7) Mengupayakan peningkatan dana untuk operasional Puskesmas dan manajemen Jamkesmas dan BOK dari sumber APBD.
- 8) Mengoordinasikan manajemen administrasi keuangan Jamkesmas dan BOK.
- 9) Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di wilayah kerjanya.
- 10) Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan Tim Koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka sinkronisasi, harmonisasi,

evaluasi, dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di provinsi.

- 11) Membuat laporan secara berkala atas pelaksanaan Jamkesmas dan BOK di wilayah kerjanya kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat.
- 12) Menangani penyelesaian keluhan dari para pihak.
- 13) Meneruskan hasil rekrutmen fasilitas kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Pusat.
- 14) Memonitor pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan Jamkesmas di wilayah kerjanya.
- 15) Melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jamkesmas dan BOK di daerahnya.
- 16) Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua hasil pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat.

3. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota

Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota dalam menjalankan tugas dan fungsinya terintegrasi menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Tim pengelola Jamkesmas sekaligus menjadi Tim Pengelola BOK. Jaminan Persalinan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam penyelenggaraan Jamkesmas.

Pelaksanaan kegiatan Jamkesmas (termasuk Jaminan Persalinan) terintegrasi dalam pengelolaan dengan kegiatan-kegiatan BOK, karena itu semua bidang yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus masuk dalam struktur organisasi pengelola ini.

Untuk berjalannya tugas dan fungsi Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK lebih efektif, efisien, serasi serta harmonis dalam kelancaran pelaksanaan penyelenggaraan ketiga kegiatan tersebut, tim pengelola yang dibentuk terdiri dari 2 (dua) sekretariat, yaitu Sekretariat Jamkesmas dan Sekretariat BOK.

Pendanaan untuk kegiatan manajemen Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota didukung dengan pembiayaan yang berasal dari:

- Dana Dekonsentrasi Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan pada kegiatan Pembinaan, Pengembangan Pembiayaan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk Penanggungjawab dan Sekretariat Jamkesmas Kabupaten/Kota; dan

- Dana Tugas Pembantuan Setditjen Bina Gizi dan KIA membiayai Sekretariat BOK Tingkat Kabupaten/Kota.

a. Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/ Kota terdiri dari:

- 1) Penanggung Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
- 2) Sekretariat Jamkesmas
 - a) Ketua : Kabid/Pejabat Eselon III yang membidangi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
 - b) Wakil Ketua I Bid Advokasi dan Sosialisasi, Monev, dan Pelaporan (ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bersangkutan)
 - c) Wakil Ketua I Bid Verifikasi Klaim Jamkesmas – Jaminan Persalinan: (ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bersangkutan)
 - d) Anggota : 2 Orang
- 3) Sekretariat BOK : Sekretariat BOK dapat dilihat pada Petunjuk Teknis BOK

Total personil Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/ Kota berjumlah sebanyak 6 (enam) orang. Masing-masing wakil ketua bidang dibantu oleh 1 (satu) orang anggota yang ada.

b. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota, bertugas:

- 1) Melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat.
- 2) Mempertanggungjawabkan manajemen penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
- 3) Melakukan pembinaan (koordinasi dan evaluasi) terhadap pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota.
- 4) Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di wilayah kerjanya (termasuk pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan lanjutan).
- 5) Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka evaluasi, monitoring, pembinaan dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota.
- 6) Mengoordinasikan manajemen pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota.

- 7) Melakukan sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- 8) Melakukan monitoring, evaluasi, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- 9) Melakukan telaah atas kegiatan (POA) Jamkesmas dan BOK yang diusulkan Puskesmas.
- 10) Menyalurkan dana kepada Puskesmas yang didasarkan atas usulan-usulan kegiatan-kegiatan Jamkesmas dan BOK yang disetujui dan ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan atau pejabat yang diberikan kewenangan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 11) Melakukan verifikasi atas semua kegiatan Jamkesmas dan BOK yang dilaksanakan Puskesmas berdasarkan usulan kegiatan sebelumnya.
- 12) Melakukan verifikasi dan membayar atas klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan yang melaksanakan Jaminan Persalinan.
- 13) Menangani penyelesaian keluhan terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- 14) Melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang berkeinginan menjadi jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Jaminan Persalinan di wilayah kerjanya.
- 15) Selaku pembina verifikator independen melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikator independen di daerahnya, termasuk di dalamnya adalah melakukan evaluasi kinerja terhadap kegiatan verifikator independen.
- 16) Mengupayakan peningkatan dana untuk operasional dan manajemen Puskesmas melalui BOK dan peningkatan dana kepesertaan Jaminan Kesehatan dari sumber APBD.
- 17) Melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jamkesmas dan BOK didaerahnya.
- 18) Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan dan hasil kinerja kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat.
- 19) Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat melalui Dinas Kesehatan Provinsi setempat.

BAB VII

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. INDIKATOR KEBERHASILAN

Sebagai dasar 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 kepesertaan yang sesuai dengan kebijakan;
- b. Tersedianya data jaringan fasilitas kesehatan;
- c. Tersedianya pedoman pelaksanaan (Manlak) dan petunjuk teknis (Juknis);
- d. Adanya penyelenggaraan Jamkesmas;
- e. Adanya Tim Pengelola Jamkesmas di tingkat Pusat/Provinsi /Kabupaten/Kota;
- f. Adanya Tim Koordinasi Jamkesmas di tingkat Pusat/Provinsi /Kabupaten/ Kota;
- g. Adanya tenaga Pelaksana Verifikasi di semua fasilitas kesehatan lanjutan;
- h. Tersedianya dana APBN untuk penyelenggaraan Jamkesmas sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan;
- i. Tersedianya APBD untuk mendukung penyelenggaraan Jamkesmas;
- j. Dimanfaatkannya Sistem Informasi Manajemen Jamkesmas.

2. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu:

- a. Terlaksananya kebijakan tentang data kepesertaan;
- b. Terlaksananya pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutu di semua fasilitas kesehatan;
- c. Terlaksananya penyaluran dana sesuai kebutuhan fasilitas kesehatan;
- d. Terlaksananya INA-CBG's sebagai dasar pembayaran dan pertanggungjawaban dana Jamkesmas di seluruh fasilitas kesehatan lanjutan;
- e. Terlaksananya verifikasi pertanggungjawaban dana Jamkesmas;

- f. Terlaksananya penyampaian pertanggungjawaban dana dari fasilitas kesehatan Jamkesmas ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat;
- g. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Jamkesmas secara periodik dan berjenjang sesuai dengan sistem informasi Jamkesmas;
- h. Terlayaninya peserta Jamkesmas di seluruh fasilitas kesehatan.

3. Indikator Output

Untuk indikator Output yang diinginkan dari program ini yaitu:

- a. Terlayaninya seluruh peserta Jamkesmas;
- b. Seluruh fasilitas kesehatan lanjutan melaksanakan INA-CBG's sebagai upaya kendali biaya dan kendali mutu (KBKM);
- c. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesmas;
- d. Terpenuhinya kecukupan dana dalam penyelenggaraan Jamkesmas;
- e. Jumlah fasilitas kesehatan lanjutan swasta sebagai pemberi pelayanan kesehatan Jamkesmas.

B. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Tujuan pemantauan dan evaluasi
Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggaraan Jamkesmas, sedangkan evaluasi dilakukan untuk mengetahui dan menilai pencapaian indikator keberhasilan.
2. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi
 - a. Data kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesmas, pencatatan dan penanganan keluhan.
 - b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta Jamkesmas ke fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat Lanjutan, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
 - c. Pelaksanaan penyaluran dana ke fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta verifikasi pertanggungjawaban dana di fasilitas kesehatan.
 - d. Pelaksanaan dan Penerapan INA-CBG's di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
 - e. Pelaksanaan verifikasi kepesertaan dan penerbitan SKP oleh PT. Askes (Persero) serta penerbitan SJP oleh Rumah Sakit.
 - f. Pengelolaan Jamkesmas di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota.

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, Provinsi 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; dan
- d. Penelitian langsung (survei/kajian).

Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap seluruh fasilitas kesehatan di wilayahnya yang bekerja sama dalam penyelenggaraan Jamkesmas, termasuk memastikan berjalannya proses verifikasi pertanggungjawaban fasilitas kesehatan oleh tenaga pelaksana verifikator. Hasil pemantauan dan evaluasi tersebut kemudian dilaporkan ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi untuk dianalisis lebih lanjut dan hasilnya diumpankan ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota. Selain itu hasil analisa Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi seterusnya dilaporkan ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK 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 Jamkesmas.

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 masyarakat dapat memanfaatkan unit yang telah ada di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan serta Dinas Kesehatan selaku Tim Pengelola.

Penanganan keluhan dilakukan secara berjenjang dari unit pengaduan masyarakat yang telah ada di kabupaten/kota dan apabila belum terselesaikan dapat dirujuk ke tingkat institusi yang lebih tinggi termasuk Pusat PJK/Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

D. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

1. Pembinaan dilakukan secara berjenjang oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan tugas dan fungsinya.
2. Pelaksanaan pengawasan penyelenggaraan Program Jamkesmas dilakukan melalui:
 - a. Pengawasan melekat;
 - b. Pengawasan fungsional internal (Inspektorat Jenderal dan BPKP);
 - c. Pengawasan fungsional eksternal (BPK).

E. PELAPORAN

Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi, sangat perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Program Jamkesmas secara rutin setiap bulan (Format sebagaimana terlampir dalam Formulir 12).

Puskesmas/rumah sakit/Balkesmas yang menjadi fasilitas kesehatan program Jamkesmas wajib mengirimkan laporan bulanan penyelenggaraan Jamkesmas setiap tanggal 5 bulan berikutnya ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Kelengkapan penyampaian laporan fasilitas kesehatan akan menjadi pertimbangan Tim Pengelola Pusat untuk pengalokasian dan pengiriman dana Jamkesmas berikutnya.

Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selanjutnya melakukan *entry data* laporan tersebut ke dalam SIM JAMKESMAS yang terdapat pada website www.ppjk.depkes.go.id. Pada waktu bersamaan rekapitulasi laporan telah dapat diakses untuk diolah dan dianalisis oleh Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi dan Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang belum mempunyai fasilitas internet tetap mengirimkan rekapitulasi laporan seluruh fasilitas kesehatan Jamkesmas ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi setiap tanggal 10 bulan berikutnya. Selanjutnya, Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK provinsi mengirimkan rekapitulasi laporan kabupaten/kota setiap tanggal 15 pada bulan yang sama ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat. Demikian juga, Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat mengirimkan laporan

rekapitulasi nasional setiap tanggal 20 pada bulan yang sama kepada Menteri Kesehatan.

Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota membuat dan mengirimkan umpan balik pelaporan ke fasilitas kesehatan. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi membuat dan mengirimkan umpan balik ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota. Tim Pengelola Jamkesmas Pusat membuat dan mengirimkan umpan balik ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi.

PT. Askes (Persero) melakukan pelaporan seluruh kegiatan yang menjadi tugasnya kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota/Provinsi dan Pusat. Untuk memudahkan pemantauan dan ketertiban administrasi, laporan untuk Tim Pengelola Jamkesmas Pusat disampaikan kepada:

Sekretariat I
Tim Pengelola JAMKESMAS dan BOK Pusat
Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian
Kesehatan RI.
Gedung Prof. Dr. Sujudi Lt. 14, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5
Kav. 4-9
Jakarta Selatan 12950, Telp/Fax: (021) 527 9409, 52922020
SMS center: 0812 1167 755
Website: www.ppjk.depkes.go.id

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.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NAFSIAH MBOI