



REPUBLIC OF INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIC OF INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 686/MENKES/SK/VI/2010**

TENTANG

**PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang**
1. bahwa salah satu tugas meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia masyarakat miskin diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jaminan Kesehatan Masyarakat)
 2. bahwa untuk kelancaran dan perbaikan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat perlu merencanakan pedoman pelaksanaan, serta untuk menetapkan tingkat kepatuhan Menteri Kesehatan, Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, dan Menteri Kesehatan Provinsi dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2010
 3. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
- Meningat**
1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2002 tentang perubahan Undang-Undang tentang Negara Kesatuan Republik Indonesia Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Perubahan Kedua Undang-Undang tentang Lembaga Keuangan Syariah
 2. Undang-Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah Undang-Undang tentang tugas dan wewenang Gubernur dan Bupati/Walikota sebagai Kepala Daerah
 3. Undang-Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah Undang-Undang tentang tugas dan wewenang Gubernur dan Bupati/Walikota sebagai Kepala Daerah
 4. Undang-Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah Undang-Undang tentang tugas dan wewenang Gubernur dan Bupati/Walikota sebagai Kepala Daerah



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

11. 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);
12. 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);
13. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

KESATU : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT.**

KEDUA : Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- KETIGA** : Klaim pelayanan kesehatan terhadap peserta Jamkesmas menggunakan INA-DRG Versi 1.6 yang mulai berlaku sejak 1 Maret 2010.
- KEEMPAT** : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- KELIMA** : Pada saat Keputusan ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEENAM** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 2 Juni 2010

MENTERI KESEHATAN,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 686/MENKES/SK/VI/2010
Tanggal : 2 Juni 2010

PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

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.

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, dan terbitnya UU Nomor 40 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. Karena 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 (2005) atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jamkesmas sampai dengan sekarang.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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 didalam 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.

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 PPK dapat segera dipertanggungjawabkan secara tepat waktu, tepat jumlah, tepat sasaran, akuntabel, efisien dan efektif.

Disadari meskipun perbaikan terus dilakukan, tentu saja masih banyak hal yang perlu dibenahi dan belum dapat memenuhi kepuasan semua pihak. Namun begitu 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 TAHUN 2009 MELIPUTI:

1. Kepesertaan

Database peserta Jamkesmas sampai dengan sekarang masih mengacu pada data makro BPS Tahun 2005, dan ditetapkan *by name by address* oleh Bupati/Walikota Tahun 2008. Dengan demikian banyak perubahan-perubahan data di lapangan seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dll. Melalui pedoman pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2009, Kementerian Kesehatan meminta seluruh Bupati/walikota untuk melakukan *up dating* data sehingga menjadi data kepesertaan Tahun 2009. Tetapi hanya sebagian kecil yang merespons hal tersebut. Karena kondisi ini diperlukan kebijakan untuk melakukan *up dating* data peserta jamkesmas.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Badan Pusat Statistik (BPS) pada akhir Tahun 2008 telah mengeluarkan data baru dimana jumlah masyarakat miskin sesuai kriteria, *by name* dan *by address* telah menurun menjadi 60,3 juta jiwa. Data BPS terbaru ini menjadi dasar acuan untuk diterbitkannya kepesertaan Jamkesmas yang baru. Sementara sasaran kepesertaan program Jamkesmas 2010, tetap sama yaitu 76,4 juta jiwa.

2. Pelayanan Kesehatan

Kendala dalam pelayanan kesehatan antara lain adalah keterlambatan implementasi INA-DRG di beberapa Rumah Sakit (RS) serta masih belum komprehensifnya pemahaman penyelenggaraan pelayanan berbasis paket dengan INA-DRG, terutama oleh dokter dan petugas pemberi pelayanan langsung sehingga belum terlaksananya pelayanan yang efisien dan mengakibatkan biaya pembayaran paket seringkali dianggap tidak mencukupi. Di sisi lain, *clinical pathway* sebagai instrumen untuk pemberian pelayanan yang adekuat dan rasional belum digunakan di banyak RS. Demikian pula, penugasan Menteri Kesehatan kepada konsorsium BUMN Farmasi, belum ditindaklanjuti pada tingkat RS agar terjaminnya ketersediaan obat dan vaksin untuk pelayanan Jamkesmas.

3. Pendanaan Program

Pertanggungjawaban pendanaan PPK pada pelaksanaan Jamkesmas 2009 masih ditemukan permasalahan ketidaktepatan waktu, jumlah dan sasaran. Bahkan masih ditemukan beberapa rumah sakit belum dapat menggunakan format INA-DRG secara benar. Dengan demikian, perlu kerja keras Rumah Sakit agar pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan pengaturannya.

4. Pengorganisasian, Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah

- a. Peran, tugas dan fungsi Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota belum dapat berjalan secara optimal. Kegiatan sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana seharusnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Karena itu diperlukan komitmen dari seluruh Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab pengelolaan Jamkesmas di daerahnya. Perhatian khusus juga untuk pelaksanaan kegiatan pada Tim Koordinasi Jamkesmas di daerah, terkait dengan kebijakan-kebijakan yang dalam pelaksanaannya memerlukan koordinasi seperti kebijakan penatalaksanaan kepesertaan yang melibatkan seluruh sektor terkait.

- b. Komitmen yang masih kurang terutama terhadap kontribusi Pemerintah Daerah dalam pendanaan Jaminan Kesehatan masyarakat diluar kuota. Harmonisasi kegiatan dengan mekanisme Jamkesmas harus perlu terus dilakukan terutama bagi daerah yang sudah melaksanakan Jamkesda. Hal tersebut amat penting agar kedua kegiatan tersebut dapat bersinergi dengan baik dalam rangka mempercepat pelaksanaan jaminan kesehatan semesta serta menghindari duplikasi anggaran (APBD dan APBN), duplikasi sasaran dan manfaat yang diterima oleh peserta.
- c. Masih banyak Pemerintah Daerah yang memasukkan dana belanja bantuan sosial ini kedalam PAD. Hal ini akan mengganggu pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas, seharusnya dana belanja bantuan sosial sepenuhnya diperuntukan bagi pelayanan kesehatan peserta sebelum menjadi pendapatan Rumah Sakit.

KEBIJAKAN JAMKESMAS TAHUN 2010.

Kebijakan Jamkesmas Tahun 2010 pada prinsipnya sama dan merupakan kelanjutan pelaksanaan program Jamkesmas Tahun 2009 dengan tetap melakukan perbaikan yang meliputi :

1. Tata Laksana Kepesertaan

- a. Sasaran Tahun 2010 adalah sama dengan Tahun 2009 yakni 76,4 juta meski data masyarakat miskin menurut BPS Tahun 2008 telah turun menjadi 60,39 juta. *Baseline* data kepesertaan Tahun 2010 tetap menggunakan data sebelumnya. Sedangkan masih ada yang miskin di luar kuota yang ada (bagi peserta luar kuota yang menggunakan SKTM) tetap menjadi tanggungan Pemerintah Daerah. Perhatian khusus kepada peserta Jamkesmas yang belum masuk *database* seperti bayi baru lahir dari keluarga miskin, anak terlantar/gelandangan/pengemis (rekomendasi Dinas Sosial), peserta Program Keluarga Harapan (PKH).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan pada Tahun 2010, terdapat kelompok peserta baru menjadi sasaran peserta Jamkesmas, yaitu :
 - a) Masyarakat miskin penghuni Lapas/Rutan dengan melampirkan surat keterangan dari Kepala Rutan/Kepala Lapas setempat.
 - b) Masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, melalui Surat Keputusan Kepala Dinas/Institusi Sosial Kabupaten/Kota setempat, selanjutnya Kementerian Kesehatan akan segera membuatkan kartu Jamkesmas.
 - c) Masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat sebagaimana yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat
 - d) Untuk semua kepesertaan diatas, SKP diterbitkan petugas PT. Askes (Persero).

2. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan

- Tatalaksana pelayanan dilakukan beberapa perubahan meliputi:
- a. Diberlakukan pola pembayaran dengan INA-DRG versi 1.6 terhitung mulai 1 Maret 2010. Dengan demikian, semua pasien rawat jalan dan rawat inap setelah episode perawatan penyakitnya selesai tanggal 1 Maret dan seterusnya dipertanggungjawabkan/diklaimkan dengan software INA-DRG versi 1.6. Melalui pola pembayaran ini mendorong PPK untuk lebih efisien dan lebih efektif karena pengendalian biaya dan peningkatan mutu pelayanan sepenuhnya menjadi tanggung jawab PPK. Untuk pelaksanaan INA-DRG versi 1.6 dilakukan peningkatan kapasitas tenaga koder dan tenaga administrasi klaim di RS.
 - b. Penyediaan obat dan vaksin sebagaimana Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 885/Menkes/SK/X/2009 tentang penugasan PT. Indofarma (Persero)Tbk, PT. Kimia Farma (Persero)Tbk, PT. Phapros Tbk, dan PT. Biofarma (Persero) sebagai penyedia obat dan vaksin dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat secara menyeluruh di PPK Jamkesmas perlu ditindaklanjuti pada tingkat RS. Penugasan tersebut ditindaklanjuti oleh distributor setempat sebagai wakil dari konsorsium BUMN Farmasi dengan RS dalam bentuk perjanjian kerja sama.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Menjadi kewajiban pihak RS untuk melaksanakan penyediaan obat dan vaksin program Jamkesmas mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan tersebut. Untuk memberi kejelasan pelaksanaan penugasan tersebut, diterbitkan petunjuk teknis khusus untuk hal tersebut agar dapat dipedomani RS.
- c. Anak terlantar, pengemis dan gelandangan yang belum teridentifikasi dan belum mempunyai kartu Jamkesmas, dapat dilayani dengan membawa rekomendasi dari Dinas Sosial setempat.
 - d. Masyarakat miskin dan tidak mampu penghuni panti sosial dan lapas/lembaga pemasyarakatan, dapat dilayani dengan membawa kartu Jamkesmas atau pengantar dari lapas/rutan disertai surat rujukan dari klinik lapas/rutan atau puskesmas setempat.
 - e. Upaya-upaya peningkatan pelayanan kesehatan dan peningkatan efisiensi baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit dan PPK lainnya terus dilakukan. Telaah pemanfaatan pelayanan (*utilisation review*) dilakukan untuk menilai kewajaran pelayanan kesehatan yang dilakukan.

3. Tata Laksana Pendanaan dan Pengorganisasian

Untuk aspek pendanaan, pengorganisasian dan manajemen secara prinsip dan mekanisme pelaksanaannya sama seperti yang telah ditetapkan pada pelaksanaan Jamkesmas 2009.

B. TUJUAN DAN SASARAN

1. Tujuan Penyelenggaraan Jamkesmas

Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta Jamkesmas.

Tujuan Khusus:

- a. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK Jamkesmas.
- b. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Kepesertaan

Peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk penduduk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

II. PENYELENGGARAAN

1. Jamkesmas adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu serta peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.
2. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap peserta menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.
3. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada peserta 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.
 - c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
 - d. Efisien, transparan dan akuntabel.

III. TATA LAKSANA KEPESERTAAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
2. Peserta Program Jamkesmas adalah fakir miskin dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari data makro Badan Pusat Statistik (BPS) Tahun 2006. (Lampiran 1)
3. Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan oleh Surat Keputusan (SK) Bupati/Walikota Tahun 2008 berdasarkan pada kuota Kabupaten/Kota (BPS) yang dijadikan *database* nasional.
 - b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas.
 - c. Semua Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang telah memiliki atau mempunyai kartu Jamkesmas.
 - d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (juknis) 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. (Lampiran 2)
4. Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak termasuk dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota maka Jaminan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat. Cara penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah seyogyanya mengikuti kaidah-kaidah pelaksanaan Jamkesmas.
5. Peserta Jamkesmas ada yang memiliki kartu sebagai identitas peserta dan ada yang tidak memiliki kartu.
- a. Peserta yang memiliki kartu terdiri dari :
 - 1) Peserta sesuai SK Bupati/Walikota
 - 2) Penghuni panti - panti sosial
 - 3) Korban bencana pasca tanggap darurat
 - b. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari :
 - 1) Gelandangan, pengemis, anak terlantar pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Dinas Sosial setempat.
 - 2) Penghuni lapas dan rutan pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Kepala Lapas/Rutan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu PKH.
- 4) Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas, setelah terbitnya SK Bupati/Walikota dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/pernyataan dari tenaga kesehatan, kartu Jamkesmas orang tua dan Kartu Keluarga orangtuanya.
6. Terhadap peserta yang memiliki kartu maupun yang tidak memiliki kartu sebagaimana tersebut diatas, PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan.
7. 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.
8. Bagi peserta yang telah meninggal dunia maka haknya hilang dan tidak dapat dialihkan kepada orang lain.
9. Penyalahgunaan terhadap hak kepesertaan dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. VERIFIKASI KEPESERTAAN

PT. Askes (Persero) bertugas melaksanakan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan *database* kepesertaan untuk selanjutnya diterbitkan SKP. Verifikasi kepesertaan dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga (KK) / Kartu Tanda Penduduk (KTP) / identitas lainnya untuk pembuktian kebenarannya. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas cukup dengan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas/Instansi Sosial setempat. Khusus untuk penghuni lapas dan rutan, cukup dengan surat rekomendasi dari Kepala Lapas/Kepala Rutan setempat. (Pengaturan lebih lanjut lihat tata laksana pelayanan kesehatan).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IV. TATALAKSANA PELAYANAN KESEHATAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi: pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan 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. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
4. Pelayanan kesehatan dasar (RJTP dan RITP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta) dan biayanya diklaimkan ke Puskesmas setempat sebagaimana diatur dalam juknis pelayanan dasar.
5. Pelayanan tingkat lanjut (RJTL dan RITL) diberikan di PPK lanjutan jaringan Jamkesmas (Balkesmas, Rumah Sakit Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/Polri dan RS Swasta) berdasarkan rujukan. Pelayanan Balkesmas merupakan PPK untuk layanan RJTL dengan pemberian layanan dalam gedung.
6. PPK lanjutan harus mempunyai kode PPK lanjutan agar dapat mengoperasikan software INA-DRG versi 1.6. Apabila PPK lanjutan belum mempunyai kode atau kode tersebut sudah tidak valid, maka diharapkan segera melapor dan membuat permintaan kode kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
7. 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.
8. Pada RS khusus (RS Jiwa, RS Kusta, RS Paru, dll) yang juga melayani pasien umum, klaim pelayanan kesehatan dilaksanakan secara terpisah antara pasien khusus sesuai dengan kekhususannya dan pasien umum dengan menggunakan software INA-DRG yang berbeda sesuai penetapan kelasnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

9. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh PPK wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada peserta Jamkesmas walaupun tidak sebagai PPK jaringan Jamkesmas sebagai bagian dari fungsi sosial PPK. Setelah kegawatdaruratannya selesai ditangani, selanjutnya PPK tersebut segera merujuk ke PPK jaringan PPK Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut. (Lampiran 3)
10. Status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Peserta Jamkesmas tidak boleh dikenakan uran dengan alasan apapun.
11. Pemberian pelayanan kepada peserta oleh PPK lanjutan harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu. Manajemen PPK lanjutan melakukan analisis pelayanan dan memberi umpan balik secara internal kepada instalasi pemberi layanan.

B. PROSEDUR PELAYANAN

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 dan orang terlantar, menggunakan surat keterangan/rekomendasi Dinas/Instansi Sosial setempat. Bagi peserta PKH yang belum memiliki kartu Jamkesmas, cukup menggunakan kartu PKH.
 - b. Pelayanan kesehatan dapat dilakukan di Puskesmas dan jaringannya.
 - c. Bila menurut indikasi medis peserta memerlukan pelayanan pada tingkat lanjut maka Puskesmas dapat merujuk peserta ke PPK lanjutan.
 - d. PPK lanjutan penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta Jamkesmas disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di PPK yang merujuk.

Pengaturan teknis pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya dibuat dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar yang ditetapkan tersendiri dengan Keputusan Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke PPK tingkat lanjut secara berjenjang dengan membawa kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal. Pada kasus *emergency* tidak memerlukan surat rujukan.
- b. Kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya 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. Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas secara otomatis menjadi peserta dengan merujuk pada kartu orang tuanya. Bila bayi dan anak memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat keterangan lahir dan Kartu Keluarga orang tuanya.
- d. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana diatas 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 PPK 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 dan alat/bahan medis habis pakai.
 - 5) Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- e. Untuk kasus kronis yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, Kanker, dll, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan. Untuk kasus kronis lainnya seperti kasus gangguan jiwa, kusta, kasus paru dengan komplikasi, surat rujukan dapat berlaku selama 3 bulan. Pertimbangan pemberlakuan waktu surat rujukan (1 atau 3 bulan) didasarkan pada pola pemberian obat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pelayanan darah menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari paket tarif INA-DRG sehingga tidak dapat diklaimkan terpisah.

- m. Pelayanan RJTL dan pelayanan RITL di PPK lanjutan dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut INA-DRG. Dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa yang tepat sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM sebagai dasar penetapan kode INA-DRG. Dalam hal tertentu, tenaga Koder RS dapat membantu proses coding diagnosa dokter. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (resume medik).

Pengaturan lebih lanjut mengenai pelaksanaan INA-DRG versi 1.6 dalam program Jamkesmas dilakukan dengan Petunjuk Teknis tersendiri yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. Proses aktivasi dan instalasi software INA-DRG versi 1.6 dilakukan dengan konsultasi ke Center for Casemix Kementerian Kesehatan RI

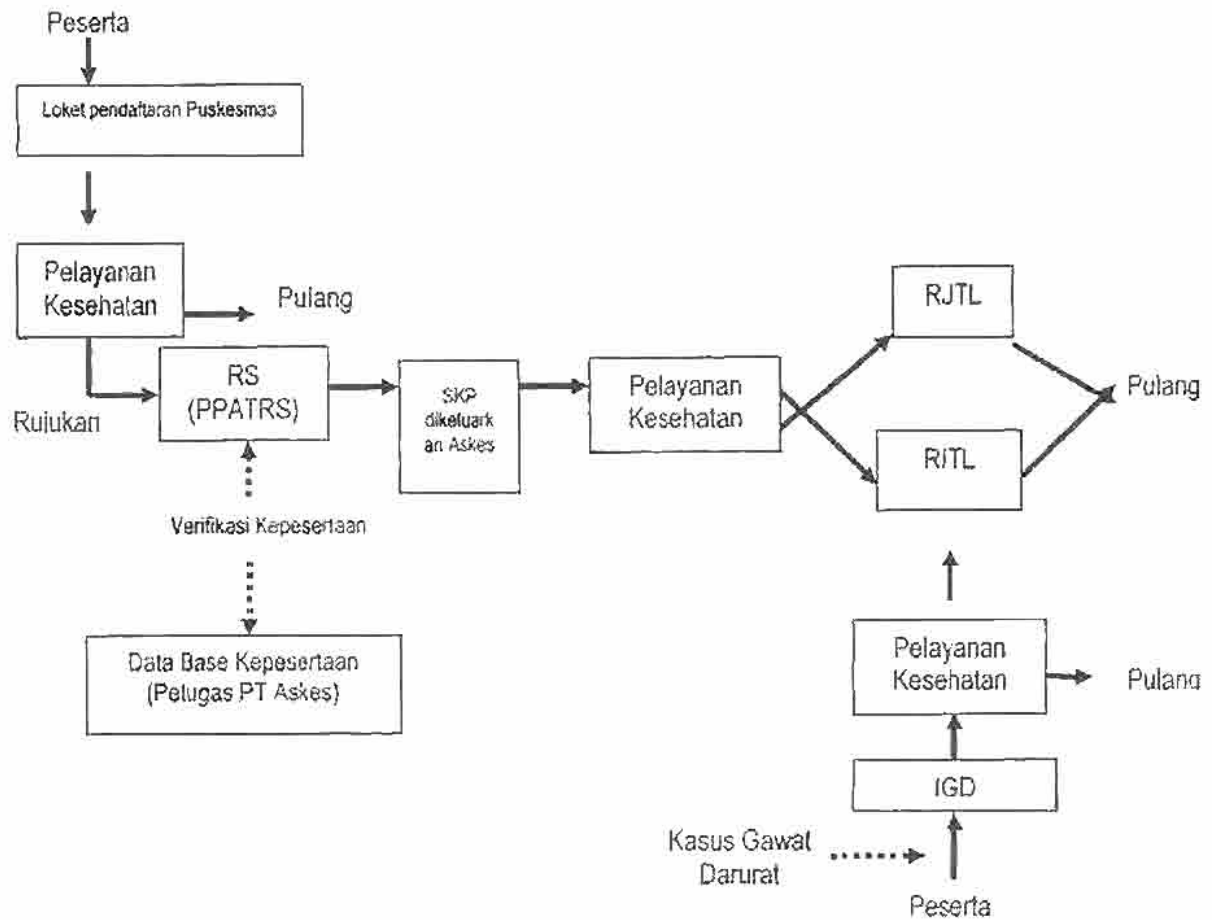
- n. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks dengan severity level-3 menurut kode INA-DRG harus mendapatkan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk/diberi tanggungjawab oleh RS untuk hal tersebut.
- o. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim menggunakan 1 (satu) kode INA-DRG dengan jenis pelayanan rawat inap.
- p. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosa akan tetapi diagnosa tersebut merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya maka diklaimkan menggunakan 1 (satu) kode INA-DRG.
- q. PPK lanjutan melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-DRG.

Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, tidak boleh dikenakan iur biaya oleh PPK dengan alasan apapun



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

ALUR PELAYANAN KESEHATAN

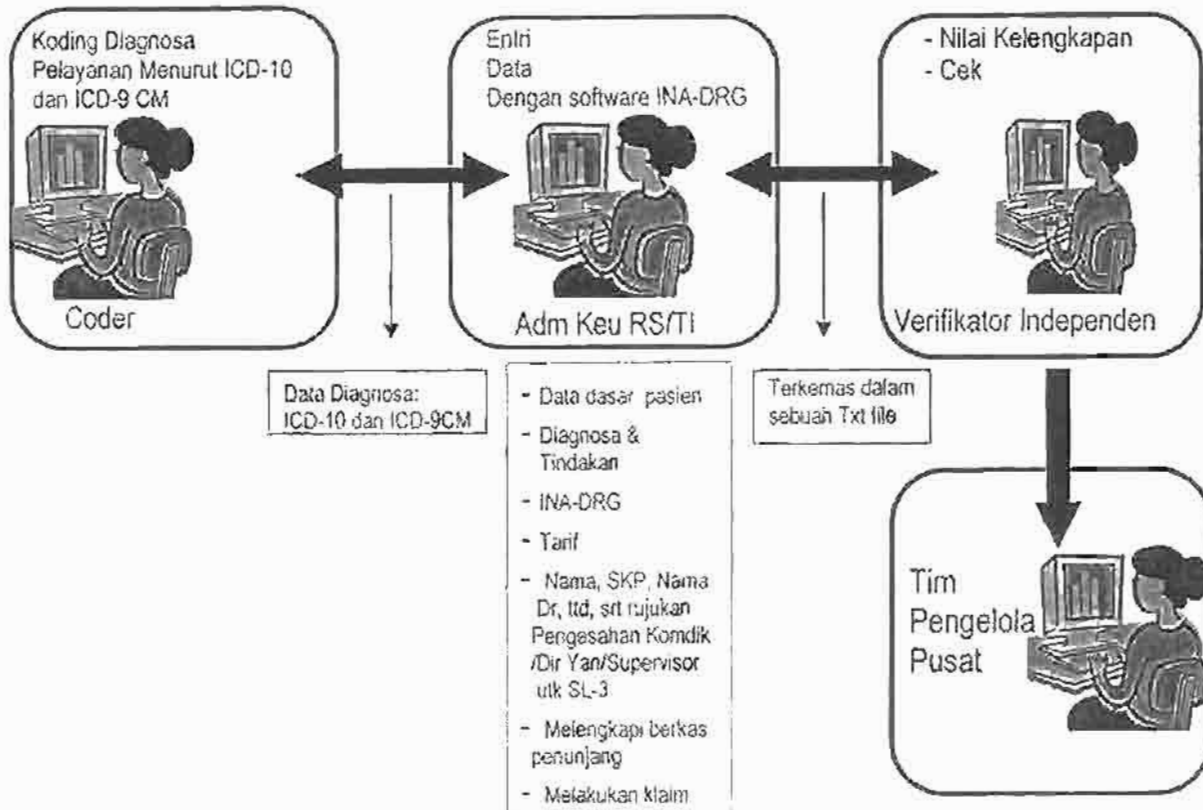


Pemberlakuan INA-DRG di PPK lanjutan meliputi berbagai aspek sebagai satu kesatuan yakni; penyiapan software dan aktivasinya, administrasi klaim dan proses verifikasi. Agar dapat berjalan dengan baik, dokter harus menuliskan diagnosis dan tindakan dengan lengkap menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM, melaksanakan pelayanan sesuai dengan clinical pathway dan menggunakan sumber daya yang paling efisien. Koder menerjemahkan diagnosis dan tindakan ke dalam ICD 10 dan ICD 9 CM. Selanjutnya petugas administrasi klaim PPK lanjutan melakukan entri data klaim dengan lengkap dan menggunakan software INA-DRG versi 1.6. Pada kasus severity level 3 perlu dilengkapi dengan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau supervisor.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Alur Pelaksanaan INA-DRG ver 1.6 dan Administrasi Klaim



Biaya transport rujukan pasien dari Puskesmas ke PPK lanjutan di Kabupaten/Kota setempat menjadi tanggung jawab Puskesmas yang merujuk, sedangkan biaya transportasi pemulangan pasien dari RS 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 :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 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 KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
 - 7) Pemberian obat.
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
- 1) Akomodasi rawat inap
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - 3) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - 4) Tindakan medis kecil
 - 5) Pemberian obat
 - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)
- Biaya pelayanan rawat inap tingkat pertama tidak diklaimkan secara terpisah akan tetapi menjadi bagian dari kapitasi dana pelayanan kesehatan dasar
- c. Persalinan normal dilakukan di Puskesmas non-perawatan/bidan di desa/Polindes/dirumah pasien/praktek bidan swasta.
- d. Pelayanan gawat darurat (*emergency*). Kriteria/diagnosa gawat darurat, sebagaimana terlampir. (Lampiran 6)
2. Pelayanan kesehatan di PPK Lanjutan:
- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) di RS dan Balikesmas meliputi:
- 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum
 - 2) Rehabilitasi medik
 - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
 - 4) Tindakan medis
 - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - 6) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/ keguguran, penyembuhan efek samping & komplikasinya (kontrasepsi disediakan BKKBN)
 - 7) Pemberian obat mengacu pada Formularium



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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.
 - g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam, kecuali memang yang bersangkutan sebagai peserta Jamkesmas
 - h. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial

D. PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

1. Jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam program Jamkesmas adalah PPK yang telah bekerja sama dalam program Jamkesmas.
2. Jaringan PPK program Jamkesmas sebagaimana dimaksud butir 1 dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota setempat berdasarkan kebutuhan dengan mempertimbangkan berjalannya proses pengabsahan peserta oleh petugas PT Askes (Persero) serta verifikasi oleh Verifikator Independen.
3. Jaringan PPK membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota setempat yang diketahui oleh Tim Pengelola Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturannya dan diperbaharui setiap tahunnya apabila PPK lanjutan tersebut masih berkeinginan menjadi PPK lanjutan program Jamkesmas.
4. Jaringan PPK baru yang berkeinginan bekerjasama dalam program Jamkesmas, mengajukan permohonan tertulis kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota setempat disertai dokumen lengkap terdiri dari :
 - 1) Profil PPK
 - 2) Perizinan PPK pemohon (ijin tetap atau ijin operasional sementara)
 - 3) Penetapan kelas RS (kelas A, B, C, atau D) dari Kementerian Kesehatan. Khusus Balkesmas disetarakan dengan RS kelas C/D



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4) Pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program Jamkesmas sebagaimana diatur dalam pedoman pelaksanaan program Jamkesmas, ditanda tangani diatas materai Rp. 6000,- oleh Direktur Rumah Sakit
5. Berdasarkan dokumen sebagaimana dimaksud pada butir 4 diatas maka Tim pengelola Kab/Kota setempat memberikan penilaian terhadap PPK pemohon, apabila telah memenuhi persyaratan diatas, maka dilakukan PKS antara Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota dan PPK, diketahui oleh Tim Pengelola Provinsi. (Contoh PKS dapat diakses di website www.jpkm-online.net).
6. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kab/Kota melaporkan PPK yang telah melakukan kerja sama kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat bersama nomor rekening PPK lanjutan yang bersangkutan, untuk didaftarkan sebagai PPK Jamkesmas dengan keputusan Ketua Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat.

V. TATA LAKSANA PENDANAAN

Tata laksana pendanaan terdiri dari: a) Ketentuan Umum, b) Sumber dan Alokasi Pendanaan, c) Lingkup Pendanaan, d) Penyaluran Dana , e) Pencairan, Pemanfaatan dan Pertanggung jawaban Dana.

A. KETENTUAN UMUM

1. Pendanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan jenis belanja bantuan sosial.
2. Pembayaran ke PPK Puskesmas disalurkan langsung dari Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara (KPPN) melalui PT. POS, sedangkan pembayaran ke PPK lanjutan diluncurkan langsung dari KPPN ke rekening masing-masing PPK lanjutan Jamkesmas melalui BANK.
3. Pertanggungjawaban dana luncuran tetap menggunakan pola pembayaran dengan INA-DRG dan berlaku untuk seluruh PPK lanjutan. Pada saatnya apabila semua PPK dan Tim Pengelola Pusat telah siap, akan dilakukan perubahan pola pertanggungjawaban dana dengan pola klaim.
4. Peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.



GOVERNMENT OF KABUPATEN
TANGERANG

B. SUMBER DAN ALOKASI DANA

Sumber Dana berasal dari APBD sektor Kesehatan dan APBD Pemukiman (mencakup meliputi APBD) berkontribusi dalam membiayai dan mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di daerah masing-masing melalui antara lain:

1. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak mampu dalam pertanggungjawaban kesehatan di rumah kesehatan Masyarakat Lankesmas
2. Biaya transportasi rujukan dari rumah sakit yang merujuk ke pelayanan kesehatan rujukan serta biaya penunjang Pasien menjadi tanggung jawab Pemerintah
3. Biaya transportasi petugas percontohan pasien yang dirujuk
4. Dukungan biaya operasional manajemen Tim Kesehatan dan Tim Pengkader Lankesmas Perantara/Kabupaten-Kota
5. Biaya lain-lain diluar pelayanan kesehatan sesuai dengan spesifikasi standar dapat dilakukannya dan lainnya.

C. LINGKUP PENDANAAN

Penyediaan dalam Lankesmas terdapat dua:

1. Dana Pelayanan Kesehatan

Adalah dana yang digunakan dipertanggungjawabkan untuk pelayanan kesehatan di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) baik di Puskesmas dan rangkaiannya meliputi untuk PPK layanan Dasar Pelayanan Kesehatan bagi peserta Lankesmas meliputi seluruh pelayanan kesehatan di:

- a. Puskesmas dan rangkaiannya untuk pelayanan kesehatan dasar yang meliputi pelayanan pengobatan, promotif preventif, dan rehabilitasi
- b. PPK rujukan Rumah Sakit pemerintah swasta termasuk RS kelasnya TIK/PLF/RSK swasta untuk pelayanan kesehatan lanjutan

2. Dana Operasional Manajemen

Adalah dana yang dipertanggungjawabkan untuk operasional manajemen Tim Pengkader dan Tim Kesehatan Lankesmas Esas/Perantara-Kabupaten-Kota dalam menunjang program Lankesmas



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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

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

- a. Administrasi kepesertaan,
- b. Koordinasi Pelaksanaan dan Pembinaan program,
- c. Advokasi, Sosialisasi,
- d. Bimbingan Teknis,
- e. Pelatihan Petugas Coder dan Klaim RS, Verifikator Independen,
- f. Midterm dan Enterm di tingkat Pusat,
- g. Kajian dan survey,
- h. Pembayaran honor dan operasional,
- i. Perencanaan dan pengembangan program,
- j. Pengelolaan Pelaporan Pelaksanaan Jamkesmas,
- k. Pengembangan dan Pemanjapan Sistem Informasi Manajemen (SIM) Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Software Jamkesmas,
- l. Penanganan pengaduan masyarakat.

2.b. Operasional Manajemen Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas 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 dan kontribusi dana APBD, yang penggunaannya untuk kegiatan-kegiatan antara lain:

- a. Pembayaran honorarium tim pengelola dan tim koordinasi Jamkesmas Prov/Kab/Kota
- b. Operasional Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Daerah
- c. Koordinasi Pelaksanaan, Konsultasi dan Pembinaan program
- d. Sosialisasi program bagi stakeholder dan melalui media
- e. Evaluasi program di Kabupaten/Kota dan Provinsi
- f. Pengelolaan Pelaporan Pelaksanaan Jamkesmas di Provinsi/Kab/Kota



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. PENYALURAN DANA

1. Dana Pelayanan Kesehatan

a. PUSKESMAS

- 1) Dana untuk pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung dari KPPN ke Puskesmas melalui pihak PT. Pos Indonesia.
- 2) Penyaluran dana ke Puskesmas berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mencantumkan nama, alokasi, dan rekening Puskesmas penerima dana.
- 3) Pengaturan lebih rinci tentang penyaluran dan pemanfaatan dana di Puskesmas dan Jaringannya di atur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis tersendiri melalui Surat Keputusan Dirjen Bina Kesmas yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari pedoman pelaksanaan Jamkesmas.

b. RUMAH SAKIT/BALKESMAS

- 1) Dana untuk Pelayanan Kesehatan di PPK lanjutan disalurkan langsung dari KPPN ke rekening PPK lanjutan melalui Bank. Peluncuran dana ini dilakukan secara bertahap.
- 2) Penyaluran Dana Pelayanan ke PPK lanjutan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI yang mencantumkan Nama PPK Lanjutan, besaran dana luncuran yang diterima.
- 3) Perkiraan besaran dana luncuran pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan perhitungan atas laporan pertanggungjawaban dana PPK Lanjutan.

Dana Jamkesmas yang disalurkan ke rekening PPK lanjutan sebelum dipertanggungjawabkan dengan mekanisme INA-DRG belum menjadi pendapatan PPK lanjutan dan tidak dapat dicairkan

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



MINISTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2) Perencanaan seluruh kegiatan sebagaimana terdapat dalam anggaran diserahkan secara tertulis oleh Kepala Puskesmas kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendapatkan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan atau pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan antara lain dengan Kadivkes dan Kepala Puskesmas sekaligus sebagai pengesahan untuk pengambilan dana di luar tahun fis.

a.2. PEMANFAATAN

- 1) Pemanfaatan dana Puskesmas di Puskesmas dan anggaran tersebut digunakan untuk membayar ke Pelayanan Rasio Jalar tingkat primer:
 - a) Pelayanan Rasio Jalar
 - b) Pertolongan persalinan
 - c) Pelayanan Ginekologi
 - d) Transporasi Regional
- 2) Dana Puskesmas & Puskesmas dan selingannya tidak dapat dimanfaatkan untuk operasional Pelayanan Kesehatan yang sedang berjalan dituntut dari dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
- 3) Biaya jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas mengacu pada Perda Tarif yang berlaku di daerah tersebut. Apabila dalam Perda Tarif tersebut tidak mengatur tentang jasa pelayanan kesehatan dapat dibarengi dengan ketentuan Bupati/Walikota berlandaskan nilai kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

a.3. PERTANGGUNGJAWABAN

- 1) Puskesmas harus memikul pertanggungjawaban dana Puskesmas yang diterima sesuai ketentuan yang berlaku dan mengemukakan laporan pertanggungjawaban dana ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- 2) Tersedia dana Puskesmas yang digunakan pada pelaksanaan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dibuktikan setelah audit dan Pengeloa Puskesmas Kabupaten/Kota



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pengaturan teknis tentang alokasi, penyaluran, pencairan, pemanfaatan dan pertanggungjawaban dana pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya dibuat dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar yang ditetapkan tersendiri dengan keputusan Dirjen Bina Kesmas.

b. RUMAH SAKIT/BALKESMAS

b. 1. PERTANGGUNGJAWABAN

- 1) PPK Lanjutan membuat pertanggungjawaban Dana lunjuran pelayanan kesehatan dengan menggunakan Software INA-DRG Versi. 1.6. yang berlaku sejak 1 Maret 2010.
- 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 PPK lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala PPK lanjutan dan Verifikator Independen.
- 5) Selanjutnya PPK lanjutan mengirimkan secara resmi laporan pertanggungjawaban dana Jamkesmas dalam bentuk hard copy yaitu form 1C, 2C, 3, dan koreksi (Lampiran 9) serta soft copy dalam satu CD yang memuat (1) file txt INA-DRG; (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.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 7) Pelaporan pertanggungjawaban dana disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di PPK 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.

Apabila terjadi selisih antara jumlah yang dipertanggungjawabkan RS dengan hasil telaah Tim Pengelola Jamkesmas Pusat, maka akan diperhitungkan pada pencairan dana berikutnya.

Pertanggungjawaban dana Jamkesmas pada RS Khusus (RS Jiwa, RS Kusta) digunakan ketentuan sesuai Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Nomor JP.01.01/I/3392/2009 tanggal 2 September 2009 tentang Edaran Pelaksanaan Jamkesmas 2009 (Lampiran 5)

Tarif Balkesmas dalam implementasi INA DRG disetarakan dengan RS kelas C/D dan RS yang belum mempunyai penetapan kelas ditetapkan setara dengan kelas C/D. Pada RS Khusus yang melayani pelayanan kesehatan umum maka diberlakukan dua tarif INA-DRG sesuai dengan penetapan kelas oleh Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik

b.2 PENCAIRAN DAN PEMANFAATAN

- 1) Dengan telah ditandatangani pertanggungjawaban dana oleh Direktur PPK lanjutan/Kepala Balai dan Verifikator Independen, maka PPK lanjutan sudah dapat mencairkan dana pelayanan kesehatan tersebut dengan batas pencairan sejumlah dana yang dipertanggungjawabkan.
- 2) Dana yang sudah dicairkan, bagi RS 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.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Untuk RS Daerah dan Vertikal yang berstatus BLU/BLUD, mengikuti ketentuan BLU/BLUD. Dan untuk RS Swasta mengikuti ketentuan yang berlaku di RS tersebut.

- 3) Pemanfaatan atas dana luncturan 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 RS Daerah dan persetujuan dari Ditjen Bina Yanmed untuk RS Vertikal.
- 4) Seluruh berkas dokumen pertanggungjawaban dana disimpan oleh RS, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).

Biaya jasa medis/jasa pelayanan ditetapkan Direktur RS setinggi-tingginya 44% (empat puluh empat persen) atas biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan. 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.

2. Dana Operasional Manajemen

Pencairan, Pemanfaatan Dan Pertanggungjawaban

a. Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat

- 1) Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk setahun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

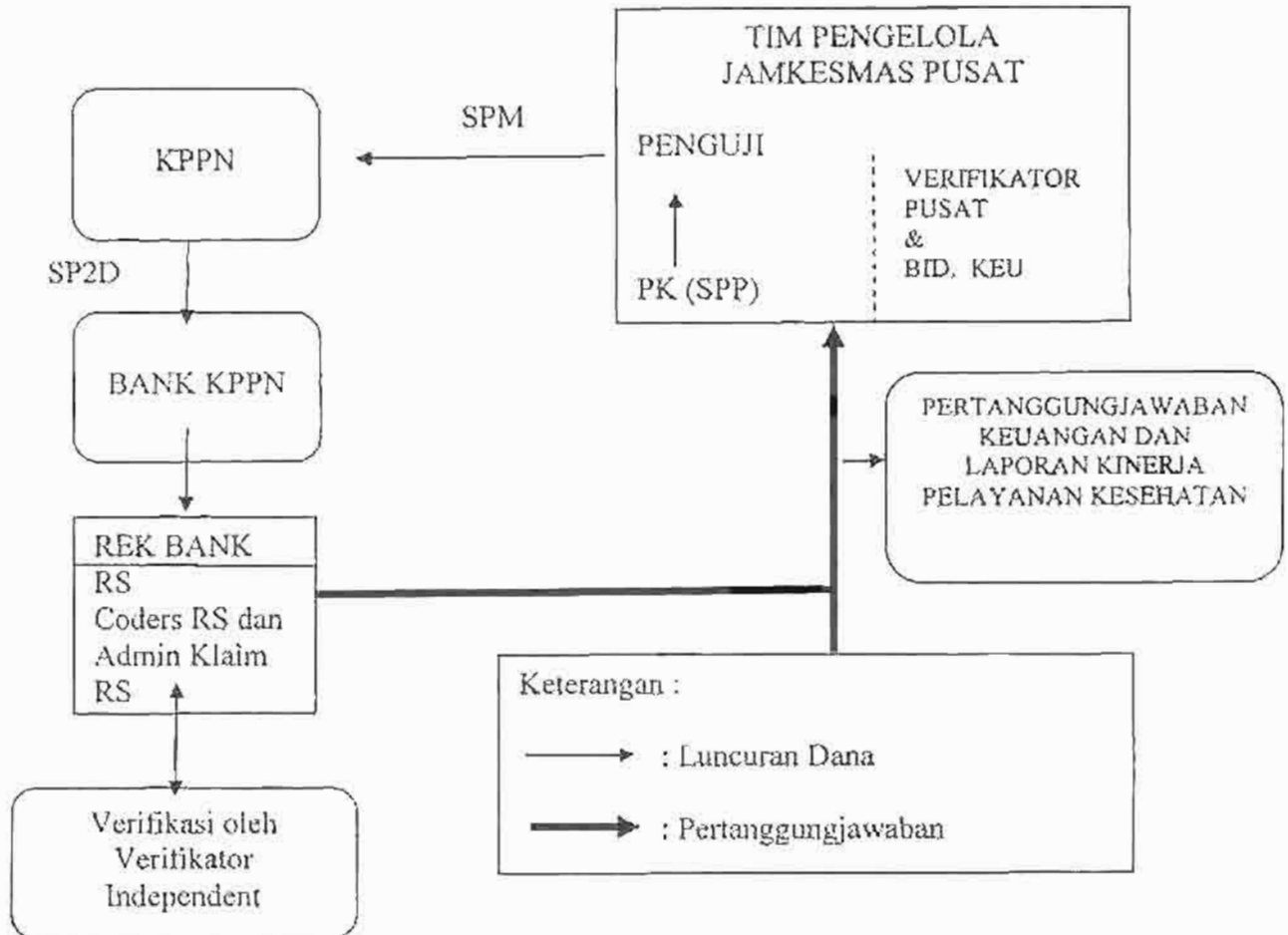
- 2) Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat membuat rencana pencairan dana untuk melaksanakan kegiatan.
 - 3) Pencairan dana dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku melalui KPN V.
 - 4) Dana yang telah dicairkan dimanfaatkan untuk kegiatan operasional Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Pusat.
 - 5) Selanjutnya dana yang telah dimanfaatkan dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan dalam APBN.
- b. Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota**
- 1) Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Provinsi membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk setahun.
 - 2) Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Kabupaten/Kota membuat dan mengusulkan kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan.
 - 3) Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi membuat rencana pencairan dana untuk melaksanakan kegiatan dan rencana pencairan ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
 - 4) Pencairan dana dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - 5) Dana yang telah dicairkan dimanfaatkan untuk kegiatan operasional Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota.
 - 6) Selanjutnya dana yang telah dimanfaatkan dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan dalam APBN.
 - 7) Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi harus melaporkan pemanfaatan dana dekonsentrasi Operasional Manajemen Jamkesmas melalui Dinas Kesehatan Provinsi kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat. (Lampiran 10)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Secara lengkap alur penyaluran dan pertanggungjawaban dana Jamkesmas dapat digambarkan sebagai berikut:

ALUR PENYALURAN DANA DAN PERTANGGUNGJAWABAN DANA



F. VERIFIKASI

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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

- a. verifikasi administrasi kepesertaan meliputi kartu peserta/surat keterangan (lihat bab 3) lain yang sah oleh instansi yang berwenang, No SKP, surat rujukan.
- b. administrasi pelayanan meliputi nama pasien, No SKP, Nama dokter pemeriksa, tanda tangan komite medik (pada kasus yang masuk dalam Severity Level 3)
- c. administrasi keuangan meliputi bukti pembayaran tarif paket INA-DRG dilampiri dengan form pengajuan klaim INA-DRG 1A dan INA-DRG 2A. (Lampiran 11)
- d. Tenaga Pelaksana Verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di PPK Lanjutan berada di bawah pembinaan dan koordinasi Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
- e. Penunjukkan Koordinator untuk RS yang memiliki lebih dari satu verifikator independen sebagai penanggungjawab persetujuan rekapitulasi klaim.

PROSES VERIFIKASI

Proses verifikasi dalam pelaksanaan Jamkesmas, meliputi:

1. Pemeriksaan kebenaran dokumen identitas peserta Jamkesmas oleh PT. Askes (Pesero)
2. Pemeriksaan Surat Rujukan dan Penerbitan SKP oleh PT. Askes (Pesero).
3. Memastikan dikeluarkannya rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas RS sesuai dengan format yang ditentukan.
4. Pemeriksaan kebenaran penulisan diagnosa, prosedur, No. Kode.
5. Pemeriksaan kebenaran besaran tarif sesuai diagnosa, prosedur, No. Kode.
6. Rekapitulasi pertanggungjawaban dana PPK lanjutan yang sudah layak bayar.
7. Menandatangani rekapitulasi pertanggung jawaban dana PPK lanjutan.
8. Memastikan Direktur RS/Kepala Balai Kesehatan menandatangani rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana.
9. Membuat laporan hasil pekerjaan bulanan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. (Lampiran 12)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

VI. PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan Jamkesmas terdiri dari Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota, Pelaksana Verifikasi di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) serta PT. Askes (Persero) sebagai pengelola manajemen kepesertaan.

A. TIM PENGELOLA JAMKESMAS

Tim Pengelola Jamkesmas melaksanakan pengelolaan jaminan kesehatan bagi peserta meliputi kegiatan-kegiatan manajemen kepesertaan, pelayanan, keuangan, perencanaan, SDM, informasi, hukum dan organisasi serta telaah hasil verifikasi.

1. TIM PENGELOLA JAMKESMAS PUSAT

Tim Pengelola Jamkesmas ditetapkan dengan SK Menteri Kesehatan tentang Tim Pengelola Jamkesmas Pusat Tahun 2010. Keberadaan tim ini bersifat internal lintas program Kementerian Kesehatan.

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

Sebagai Pelindung adalah Menteri Kesehatan sedangkan Pengarah terdiri dari para Pejabat Eselon I di bawah koordinasi Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan.

Pelaksana Teknis terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, Anggota yang terdiri dari Pejabat Eselon I, II dan III terkait di Kementerian Kesehatan dan Bidang-Bidang yang terdiri dari Bidang Administrasi Umum, Perencanaan, SDM, Informasi dan Hukor, Bidang Kepesertaan, Bidang Pelayanan Kesehatan, Bidang Keuangan, dan Bidang Verifikasi.

Struktur Organisasi Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat

- I. Pelindung** : Menteri Kesehatan RI
- II. Pengarah** : Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan para Pejabat Eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan
- III. Pelaksana Teknis :**
 - Ketua** : SAM Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat
 - Wakil Ketua** : SAM Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi
 - Sekretaris** : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
 - Anggota** : Pejabat Eselon II dan III terkait



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bidang-Bidang yang meliputi :

1. **Bidang Administrasi Umum, Perencanaan, SDM, Informasi dan Hukor:** terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua Bidang Administrasi Umum beserta anggota, Ketua Bidang Perencanaan & Penganggaran beserta anggota, Ketua Bidang SDM beserta anggota, Ketua Bidang Sistem Informasi Manajemen & EDP beserta anggota, Ketua Bidang Hukum & Organisasi beserta anggota.
2. **Bidang Kepesertaan:** terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua Bidang Pendataan dan Registrasi beserta anggota, Ketua Bidang Penanganan Keluhan dan Advokasi/Sosialisasi beserta anggota.
3. **Bidang Pelayanan Kesehatan:** terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar beserta anggota, Ketua Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan beserta anggota.
4. **Bidang Keuangan:** terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua Bidang Pertanggungjawaban dan Klaim beserta anggota, Ketua Bidang Pembayaran beserta anggota.
5. **Bidang Verifikasi:** terdiri dari Penanggung Jawab Verifikasi Umum, Penanggung Jawab Verifikasi Teknis, Ketua beserta anggota.

Tugas Tim Pengelola Pusat

Pengarah :

- a. merumuskan dan menetapkan kebijakan operasional dan teknis, pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) agar sejalan dengan UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN.
- b. melakukan pengawasan dan pembinaan atas kebijakan yang telah ditetapkan.
- c. melakukan sinkronisasi dan koordinasi terkait pengembangan kebijakan.
- d. memberi masukan kepada Menteri Kesehatan terkait pelaksanaan program Jamkesmas.

Pelaksana Teknis :

- a. merumuskan dan melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pengarah.
- b. menyusun pedoman teknis pelaksanaan, penataan sasaran, penataan sarana pelayanan kesehatan (pemberi pelayanan kesehatan).



REPUBLIC OF INDONESIA
MINISTRY OF HEALTH

- c. menyetujui dan menyetujui rencana, strategi, prosedur dan kontrol dalam penyelenggaraan Jamkesmas kepada pengolah
- d. melaksanakan pertemuan berkala dengan pihak terkait dalam rangka koordinasi administrasi dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas
- e. Menetapkan kebijakan, sosialisasi, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas
- f. menyiapkan petunjuk, prosedur, monitoring dan pelaksanaan seluruh kegiatan sesuai dengan kebijakan teknis dan peraturan yang telah ditetapkan
- g. melakukan telah terdapat verifikasi, evaluasi dan rencana pembekalan bahan dan menggunakan kebutuhan anggaran pelayanan kesehatan
- h. meninjau laporan hasil penyelenggaraan Jamkesmas seperti anggaran

Bidang Bidang :

- a. memastikan masalah kesehatan kepada Tim Penggerak pengolah data pelayanan teknik penyelenggaraan Jamkesmas
- b. menyiapkan dan menyetujui pedoman pelaksanaan Jamkesmas sesuai dengan arah kebijakan pengolah dan koordinasi
membantu kelengkapan administrasi pelaksanaan tugas Tim Penggerak
- c. menyiapkan semua standar prosedur dan metode penyelenggaraan Jamkesmas
- d. menyiapkan dan menyetujui bahan-bahan lamdukan teknis monitoring evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas
- e. membantu pengolah dan pelaksana dalam melakukan analisis, sosialisasi, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas
- f. melaksanakan pelatihan pelatihan teknik pengolah data dalam pelaksanaan Jamkesmas
- g. melakukan studi aspek kerdas dasar data kerdas non
- h. membantu laporan secara berkala kepada pemerintah dan pelaksana



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. TIM PENGELOLA JAMKESMAS PROVINSI

Tim pengelola Jamkesmas Provinsi bersifat internal lintas program di Dinas Kesehatan Provinsi. Jamkesmas merupakan suatu sistem yang memadukan subsistem pelayanan kesehatan dan subsistem pembiayaan kesehatan, karena itu dalam pelaksanaannya sebaiknya Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi melibatkan berbagai bidang/subdin terkait yang tidak terlepas dari tugas pokok dan fungsi dari masing-masing bidang atau subdin-subdin di Dinas Kesehatan.

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi membentuk Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi terdiri dari 1 (satu) orang Ketua sebagai Penanggung Jawab yang dijabat oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi; 1 (satu) orang Sekretaris sebagai koordinator operasional dijabat oleh seorang Kasubdin/Kabag/Kabid yang membidangi pembiayaan/jaminan kesehatan; 2 (dua) orang staf koordinator, yaitu: 1 (satu) orang staf Penanggung Jawab yang membidangi kepesertaan & pelayanan, dan (satu) orang staf Penanggung Jawab bidang Administrasi & Keuangan. Struktur tim ini bersifat minimal, apabila Dinas Kesehatan Provinsi ingin memperluas masih dimungkinkan sepanjang tersedia dana penunjang untuk mendukung aktifitas Tim Pengelola.

Tugas Tim Pengelola Provinsi :

- a. melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.
- b. bertanggung jawab dalam pengelolaan manajemen penyelenggaraan Jamkesmas secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
- c. mengkoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas.
- d. memfasilitasi permasalahan lintas batas.
- e. bertindak atas nama Menteri Kesehatan melakukan rekrutmen dan menyampaikan usulan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian tenaga verifikator independen yang bekerja di seluruh PPK jaringan yang berada di provinsinya atas usulan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
- f. melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas di wilayah kerjanya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- g. memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan Tim Koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka sinkronisasi, harmonisasi, evaluasi, dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas di provinsi.
- h. membuat laporan secara berkala atas pelaksanaan Jamkesmas di wilayahnya kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.
- i. menangani penyelesaian keluhan dari para pihak.
- j. mencruskan hasil rekrutmen PPK dari Dinkes Kabupaten/Kota ke Pusat.
- k. memonitor pelaksanaan Perjanjian Kerjasama (PKS) antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan PPK yang menyelenggarakan Jamkesmas di wilayah kerjanya.
- l. melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jamkesmas di daerahnya.
- m. menyusun dan menyampaikan laporan atas semua hasil pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

3. TIM PENGELOLA JAMKESMAS KABUPATEN/KOTA

Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota bersifat internal lintas program di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Jamkesmas merupakan suatu sistem yang memadukan subsistem pelayanan kesehatan dan subsistem pembiayaan kesehatan karena itu dalam pelaksanaannya sebaiknya Tim pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota melibatkan berbagai bidang/subdin terkait yang tidak terlepas tugas pokok dan fungsi dari bidang atau subdin-subdin di Dinas Kesehatan.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membentuk Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota terdiri dari 1 (satu) orang ketua sebagai penanggung jawab yang dijabat oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; 1 (satu) orang sekretaris sebagai koordinator operasional orang dijabat oleh salah seorang kasubdin/kasudit yang membidangi pembiayaan/jaminanan kesehatan; 3 (tiga) orang staf koordinator yang membidangi *kepesertaan, pelayanan, administrasi dan keuangan*.



REPUBLIC OF INDONESIA
MINISTRY OF FINANCE

Tugas Tim Pengelola Kab/Kota

- a. bertanggung jawab mengelola manajemen penyelenggaraan Jamkesmas se-seo kesefruifitas di wilayah kerjanya
- b. melakukan rekruitmen dan menyampaikan hasil pengangkatan, penitidahan dan pemberitahuan tenaga verifikasi independen yang bekerja di seluruh PPK yang berada di kabupaten/kota
- c. melakukan pembinaan pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja PPK terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas di wilayah kerjanya termasuk pada semua tingkat dasar di puskesmas dan terintegrasi dari PPK Lanjutan
- d. memfasilitasi pertemuan antara berkala dengan tim kredansi sesuai kebutuhan dalam rangka review, evaluasi dan perencanaan masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas di kabupaten/kota
- e. mengkoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas di kabupaten/kota
- f. memfasilitasi tim kredansi tenaga verifikasi independen serta melakukan pembinaan pengawasan dan pengendalian serta mobilisasi tenaga verifikasi di PPK lanjutan
- g. menyusun dan menyampaikan laporan atau rencana pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat melalui Dinas Kesehatan Provinsi setempat
- h. melakukan pengumpulan kepesertaan yang mencakup pendaftaran dan updating data kepesertaan di wilayah kerjanya
- i. menyalurkan penyelesaian keluhan yang akan dapat terselesaikan baik di PPK maupun peserta
- j. menyalurkan hasil laporan penyelenggaraan Jamkesmas
- k. memfasilitasi ahli PPK baru yang meliputi prosedur rekruitmen, pengangkatan hasil penitidahan kelengkapan dokumen ahli PPK tingkat tinggi yang akan menyampaikan Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan PPK yang menyelenggarakan Jamkesmas di wilayah kerjanya
- l. selaku Pembina verifikasi independen melakukan pembudayaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikasi independen di daerahnya, termasuk membudayakan budaya melakukan evaluasi kinerja terhadap kegiatan verifikasi independen



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

m melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jamkesmas di daerahnya

4. PT. ASKES (PESERO)

PT Askes (Pesero) atau penugasan Menteri Kesehatan, melaksanakan manajemen kepesertaan, yang didukung dengan anggaran sendiri dan

1. PT Askes (Pesero)
2. PT Askes (Pesero) Regional
3. PT Askes (Pesero) Cabang dan Area Asisten Manajer (AM)

Tugas PT Askes (Pesero):

- a. melakukan penatalaksanaan kepesertaan dalam pelayanan kesehatan, meliputi
 - 1) verifikasi peserta Jamkesmas yang membolehkan pelayanan di PPK tingkat lanjut bila terdapat kemampuan atau kemampuan yang diserahkan peserta, peserta PT Askes (Pesero) berkewajiban mengecek kebenarannya
 - 2) penerbitan surat kepesertaan Peserta (SKP), kelulusan terhadap penerbitan SKP sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT Askes (Pesero)
- b. melakukan penatalaksanaan organisasi dan manajemen kepesertaan, meliputi
 - 1) melakukan penugasan kelulusan peserta terkait penugasan manajemen kepesertaan dan pelaksanaan pelaporannya
 - 2) melakukan terkait urusan kepesertaan atau urusan pelayanan kesehatan di PPK tingkat lanjut berdasarkan wilayah kab/kota/puskesmas, zona kelurahan dan desa per PPK meliputi urusan pelayanan dan pendaftaran
 - 3) melakukan pelaporan hasil terkait urusan sesuai dengan yang ke Unit Pengelola Insidensi Kabupaten Kota, Provinsi, dan Pusat
 - 4) melakukan koordinasi serta dalam pelaporan terkait urusan dan penugasan kelulusan peserta dengan Unit Pengelola Insidensi Kabupaten Kota/Puskesmas



KEPTEN KESKUTAN
REPUBLIK INDONESIA

- 5) melakukan pelaporan tahunan atas pelaksanaan tugasnya dalam manajemen perencanaan Jamkesmas yang mencakup rekapitulasi realisasi utilisasi kepesertaan, aspek manajerial dan aspek akuntabilitas pencapaian program, kendala yang dihadapi dan saran perbaikan.

B. TIM KOORDINASI PROGRAM JAMKESMAS

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

1. TIM KOORDINASI JAMKESMAS PUSAT

Menurut kesehatan, membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat terdiri dari Pelindung dan Pelaksana yang terdiri dari Ketua dan Anggota serta Sekretariat. Tim Koordinasi berlatas lintas sektor terkait diarahkan oleh Sekretaris Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dengan anggota terdiri dari Pejabat Eselon 2 Kementerian terkait dan unsur lainnya.

Tugas Tim

- a. Menetapkan wahi kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Jamkesmas
- b. Melakukan pembinaan, pengawasaan dan evaluasi program
- c. Melaksanakan pertemuan berkala dalam rangka evaluasi ketajaman
- d. Mengidentifikasi permasalahan lintas program, dan lintas sektor yang berdampak dan atau berkaitan dengan kelangkaan program di tingkat pusat serta menyampaikan hasil penyelesaiannya kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat
- e. Melaporkan secara berkala perkembangan hasil keputusan dalam Tim Koordinasi kepada Menteri Kesehatan

Struktur Tim Koordinasi Program Jamkesmas Tingkat Pusat berikut

Pelindung	Menteri Kesehatan
Pejabat Kelas	1. Sekretaris Kementerian Koordinator Bidang Kesej
Anggota	1. Sekretaris Kemendagri Bidang Perkeluargaan 2. Deputi Menteri Perencanaan Bidang Koordinasi-Pertanian dan Kelautan Kemendagri Perencanaan



MINISTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Departemen Bidang Koordinasi, Perencanaan, Sosial dan Perumahan, BUKVAL, Kemenko Kesra
4. Departemen Bidang Epidemiologi, Keaktifan dan Lingkungan Hidup, Kemenko Kesra
5. Departemen Pengendalian Kualitas dan Persepsi
6. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
7. Sekretaris Jenderal Kementerian Dalam Negeri
8. Sekretaris Jenderal Kementerian Sosial
9. Kepala Badan Pusat Statistik
10. Direktur Jenderal Anggaran dan Perencanaan Keuangan, Kementerian Keuangan
11. Direktur Jenderal Perbendaharaan, Negara, Kementerian Keuangan
12. Direktur Jenderal Perencanaan, Kementerian Hukum dan HAM
13. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan
14. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan, Kementerian Kesehatan
15. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Kementerian Kesehatan
16. Direktorat Jenderal Bina dan Nara Kelembagaan Kesehatan
17. IAK Bidang Penelitian dan Pemberdayaan Masyarakat, Bina Kesehatan Kesehatan
18. IAK Bidang Pengkajian Kapasitas Kelembagaan dan Pemberdayaan Kementerian Kesehatan
19. Ketua Dewan Adhunan, Uswat Nasional
20. Direktur Anggaran 1 IAK, Kementerian Keuangan
21. Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Pepsanis
22. Direktur Bina Perawatan, Kementerian Hukum & HAM
23. Direktur Bina Pelayanan Sosial Anak, Kementerian Sosial
24. Direktur Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia, Kementerian Sosial
25. Kepala Pusat Penelitian dan Statistik Kesehatan
26. Sekretaris Dewan Adhunan Sosial Nasional



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sekretariat :
Ketua : Kepala Bagian Tata Usaha, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dibantu Ketua Bidang Pelayanan, Ketua Bidang Keuangan, Ketua Bidang Kepesertaan serta anggota Sekretariat.

2. TIM KOORDINASI PROVINSI

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

Tugas :

- a. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat di tingkat Provinsi dengan tetap mengacu pada kebijakan pusat
- b. Melakukan pembinaan dan pengendalian program Jamkesmas di provinsi.
- c. Melaksanakan pertemuan dalam rangka review/evaluasi sesuai kebutuhan
- d. Menyelesaikan permasalahan Jamkesmas yang menyangkut lintas sektor di tingkat provinsi
- f. Menggali sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan pelaksanaan di daerahnya melalui advokasi ke DPRD, PEMDA, organisasi kemasyarakatan, swasta/dunia usaha lainnya.

Struktur Tim Koordinasi Jamkesmas Tingkat Provinsi berikut:

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

Sekretariat

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

Staf Sekretariat: 2 orang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. TIM KOORDINASI KABUPATEN/KOTA

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

Tugas :

- a. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Program Jamkesmas Tingkat Kabupaten/Kota;
- b. Melakukan pembinaan dan pengendalian Program Jamkesmas Tingkat Kabupaten/Kota;
- c. Melaksanakan pertemuan review/evaluasi secara berkala sesuai kebutuhan;
- d. Menyelesaikan permasalahan Jamkesmas yang menyangkut lintas sektor di tingkat Kabupaten/Kota;
- e. Menggali sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan pelaksanaan di daerahnya melalui advokasi ke DPRD, PEMDA, organisasi kemasyarakatan, swasta/dunia usaha lainnya.

Struktur Tim Koordinasi Program Jamkesmas Tingkat Kabupaten/Kota berikut :

Pelindung : Bupati/ Walikota
Ketua : Sekretaris Daerah
Anggota : Kadinkes Kabupaten/Kota
: Asisten Kesra
: Direktur Rumah Sakit
: Ketua Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan
: Kepala PT. Askes (Persero) Cabang/ AAM

Sekretariat

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

C. PELAKSANA VERIFIKASI

Tenaga Pelaksana Verifikasi adalah tenaga yang memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan administrasi klaim meliputi aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan, keuangan dan mampu melaksanakan tugasnya secara professional serta telah mengikuti pelatihan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Prosedur rekrutmen dilakukan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 160/MENKES/SK/II/2009 tentang Pedoman Rekrutmen Tenaga Pelaksana Verifikasi Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XII/2009 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 160/MENKES/SK/II/2009 Tentang Pedoman Rekrutmen Tenaga Pelaksana Verifikasi Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Adapun jumlah tenaga pelaksana verifikasi 2010 masih mengacu pada jumlah tenaga pelaksana verifikasi Tahun 2009.

Lingkup Kerja Pelaksana Verifikasi:

1. Melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan;
2. Melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan;
3. Melaksanakan verifikasi administrasi keuangan.

Uraian Tugas:

1. Memastikan kebenaran dokumen identitas peserta program Jamkesmas;
2. Memastikan adanya Surat Rujukan dari PPK;
3. Memastikan adanya dokumen Surat Keabsahan Peserta (SKP);
4. Memastikan dikeluarkannya rekap pertanggungjawaban keuangan oleh petugas RS sesuai dengan format paket yang ditetapkan;
5. Memastikan kebenaran penulisan paket/diagnosa, prosedur, nomor kode;
6. Memastikan kebenaran besar tarif sesuai paket/diagnosa, prosedur, nomor kode;
7. Menyimpulkan kelayakan hasil verifikasi;
8. Melakukan rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana PPK lanjutan yang sudah layak bayar;
9. Menandatangani rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana;
10. Memastikan Direktur RS/Kepala Balai Kesehatan menandatangani rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana;
11. Membuat laporan hasil pekerjaan bulanannya kepada Tim Pengelola Kabupaten/Kota, termasuk absensi kehadiran.



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D 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 ditetapkan dalam program Jamkesmas (nasional), 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 uraian/uraian penyelenggaraannya seyogyanya mengikuti pula prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Tidak bertolak belakang (melawan)
2. Pelaksanaan bertahap/kuratif
3. Portabilitas
4. Kendali mutu dan kendali biaya
5. Efisien dan efektif, transparan, akuntabel

Selain memenuhi prinsip tersebut di atas, agar pelaksanaannya di lapangan dapat berjalan dengan baik, keberlanjutan/lanjutannya 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 berkelanjutan
2. Keterjangkauan Sarana dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
3. Struktur yang terstruktur dan berimbang
4. Saling Perhatian dan Keterkaitan yang berinteraksi dengan Jamkesmas
5. Harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas

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 diukur yaitu:



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN

- a. Tersedianya data kepesertaan yang sesuai dengan kebijakan,
- b. Tersedianya data jaringan PPK,
- c. Tersedianya pedoman pelaksanaan (Maniak) dan petunjuk teknis (Tuknis) penyelenggaraan Jamkesmas
- d. Adanya Tim Pengelola Jamkesmas di tingkat Pusat/Provinsi /Kabupaten /Kota
- e. Adanya Tim Koordinasi Jamkesmas di tingkat Pusat/Provinsi /Kabupaten/ Kota
- f. Adanya tenaga pelaksana vitalitas di semua PPK,
- g. Tersedianya dana APBD untuk penyelenggaraan Jamkesmas sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan
- h. Tersedianya APBD untuk mendukung penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas),
- i. Keberadaannya Sistem Informasi Manajemen Jamkesmas.

2. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dirolis yaitu:

- a. Terlaksananya kebijakan tentang data kepesertaan,
- b. Terlaksananya pelayanan kepesertaan yang terencana pada dan mitra di semua PPK,
- c. Terlaksananya penyediaan data kepesertaan sesuai kebijakan PPK
- d. Terlaksananya INA IPR sebagai dasar partisipasi dan pertanggungjawaban dana Jamkesmas di seluruh DPR lanjutan,
- e. Terlaksananya verifikasi pertanggungjawaban dana Jamkesmas
- f. Terlaksananya penyusunan pertanggungjawaban data data PPK Jamkesmas ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat,
- g. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Jamkesmas secara periodik dan berimbang sesuai dengan sistem informasi Jamkesmas
- h. Tersedianya peserta Jamkesmas di seluruh PPK

3. Indikator Output

Untuk indikator output yang dihasilkan dari program ini yaitu:

- a. Terlayaknya masyarakat miskin di panti-panti sosial, masyarakat miskin penghasil lepas-rutang dan masyarakat miskin akibat bencana pada tingkat daerah dalam program Jamkesmas
- b. Seluruh DPR lanjutan melaksanakan INA IPR sebagai upaya kendali biaya dan kendali mutu (KBBM)



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Tidak ada penolakan peserta Jamkesmas yang membutuhkan pelayanan kesehatan,
- d. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- e. Terpenuhiya cakupan data dalam penyelenggaraan Jamkesmas.

B PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Tujuan pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang ketersediaan antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggara: Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.

2. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi

- a. Data kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesmas, pendaftaran dan penanganan keluhan
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta Jamkesmas ke PPK tingkat pertama dan PPK Lanjutan, jumlah asma rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
- c. Pelaksanaan pelayanan: Dana ke PPK tingkat pertama dan PPK Lanjutan, serta verifikasi pertanggungjawaban dana di PPK
- d. Pelaksanaan dan Penerimaan INA-LRU di PPK lanjutan.
- e. Pelaksanaan verifikasi kepesertaan, dan pemberian SKP oleh PT Asuransi/Perseri.
- f. Penyelesaian Jamkesmas di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota

3. Mekanisme pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi dilakukan agar pelaksanaan program berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip ketidakefektifan dan kendali mutu. Pemantauan ini meliputi kegiatan program yang dilaksanakan oleh Tim Penggerak Jamkesmas Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik melalui kunjungan langsung maupun tahunan, melalui:

- a. Pertemuan dan koordinasi
- b. Pengelompokan Tripartit Program (pengolahan dan Analisis)
- c. Kunjungan lapangan dan supervisi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

d. Penelitian langsung (survei/kajian)

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

C. PENANGANAN KELUHAN

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

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

D. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

1. Pembinaan dilakukan secara berjenjang oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
2. Pelaksanaan pengawasan penyelenggaraan Program Jamkesmas dilakukan oleh:
 - a. Pengawasan melekat
 - b. pengawasan fungsional dilakukan oleh Inspektorat Jenderal, BPK
 - c. Pengawasan masyarakat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

E. PELAPORAN

Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi, sangat perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) secara rutin setiap bulan (*sesuai pedoman pelaporan*).

Puskesmas/Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM yang menjadi pemberi pelayanan kesehatan (PPK) program Jamkesmas wajib mengirimkan laporan penyelenggaraan Jamkesmas setiap tanggal 5 bulan berjalan ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Kelengkapan menyampaikan laporan PPK akan menjadi pertimbangan pusat untuk pengalokasian dan peluncuran dana Jamkesmas berikutnya.

Tim Pengelola Jamkesmas/Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selanjutnya melakukan entry data laporan tersebut ke dalam SIM JAMKESMAS yang terdapat pada website www.jpkm-online.net. Dengan demikian, pada waktu bersamaan (*secara real time*) 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 PPK Jamkesmas ke Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi setiap tanggal 10 bulan berjalan. Selanjutnya, Tim Pengelola Jamkesmas provinsi mengirimkan rekapitulasi laporan kabupaten/kota setiap tanggal 15 bulan berjalan ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat. Demikian juga, Tim Pengelola Jamkesmas Pusat mengirimkan laporan rekapitulasi nasional setiap tanggal 20 bulan berjalan ke Menteri Kesehatan RI.

Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota membuat dan mengirimkan umpan balik (*feedback*) pelaporan ke Puskesmas dan Rumah Sakit/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM. Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi membuat dan mengirimkan umpan balik (*feedback*) ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Tim Pengelola Jamkesmas Pusat membuat dan mengirimkan umpan balik (*feedback*) ke Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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

Untuk memudahkan pemantauan dan ketertiban administrasi, laporan untuk Tim Pengelola Jamkesmas Pusat disampaikan kepada:

Sekretariat
Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)
Pusat
d/a :
Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI.
Gedung Baru Lt. 14, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9
Kuningan, Jakarta Selatan 12950,
Telp/Fax: (021) 527 9409, 52922020
SMS center: 0812 1167 775
Website: www.jpkm-online.net

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

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



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH