

360.382  
Ind  
P



**PEDOMAN PELAKSANAAN  
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT  
(JAMKESMAS)  
2010**

**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.  
JAKARTA**



## KATA PENGANTAR

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Konstitusi negara dan Undang-Undang No 40/2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional mengamanatkan untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh Pemerintah.

Bagi Kementerian kesehatan sebenarnya bukan hanya sekedar menjalankan amanat konstitusi dan Undang-undang tetapi secara bermakna memang tidak terbantahkan hubungan langsung antara status kesehatan dengan tingkat produktifitas penduduk suatu negara. Semakin baik status kesehatan penduduk suatu negara semakin baik tingkat ekonominya dengan demikian akan lebih mempercepat peningkatan kesejahteraan masyarakat di negara tersebut.

Kementerian Kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan perhatian pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu. Dasar pemikirannya adalah selain memenuhi kewajiban pemerintah, tetapi juga berdasarkan kajian dan pengalaman bahwa akan terjadi percepatan perbaikan indikator kesehatan apabila lebih fokus pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu dari berbagai aspeknya.

Saat ini pemerintah sedang memantapkan penjaminan kesehatan melalui Jamkesmas sebagai awal dari pencapaian jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk. Berdasarkan pengalaman masa lalu dan belajar dari pengalaman berbagai negara lain, sistem jaminan kesehatan sosial merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) akan menjadi pendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan penggunaan obat yang rasional dan meningkatkan kemampuan serta mendorong manajemen Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk lebih efisien yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya.

Melalui Jamkesmas diharapkan dapat memberikan kontribusi meningkatkan umur harapan hidup bangsa Indonesia, menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran, disamping itu dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan peserta pada umumnya.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Program jaminan kesehatan ini telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat peserta. Pelaksanaan Jamkesmas 2010 merupakan kelanjutan pelaksanaan tahun 2009 dengan perbaikan dan peningkatan yang mencakup aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan dan organisasi manajemen.

Sasaran kepesertaan Jamkesmas 2010 tetap mencakup 76,4 juta jiwa dengan perluasan cakupan sasaran kepesertaan yaitu masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat serta masyarakat miskin penghuni Rumah Tahanan Negara (Rutan) dan masyarakat miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas). Namun demikian Pemda tetap harus berkontribusi terhadap masyarakat miskin di luar kuota. Dalam rangka kendali biaya dan kendali mutu pelayanan, pembayaran dan pertanggung jawaban Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) menggunakan paket tarif INA-DRG yang telah disempurnakan melalui versi 1,6 yang diterapkan pada seluruh PPK jaringan Jamkesmas.

Tidak ada yang sempurna dari suatu sistem, namun kita mempunyai pilihan-pilihan yang terbaik untuk selalu dilakukan penyempurnaan dari aspek-aspek yang ada melalui pengendalian manajemen pengelolaan.

Kepada semua pihak terkait, Puskesmas dan Jaringan, Balai-balai kesehatan, Rumah Sakit, dan organisasi kemasyarakatan termasuk Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat, Pemerintah Pusat dan Daerah diharapkan kontribusi dan perannya masing-masing untuk dapat bersama-sama membantu kelancaran program ini. Atas peran serta semua pihak kami ucapkan terima kasih.

Buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat ini mengatur tentang aspek-aspek penyelenggaraan yang merupakan panduan dan pegangan bagi semua pihak terkait. Untuk selanjutnya para pemangku kepentingan di Pusat maupun daerah, pedoman ini digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan Jamkesmas. Kami menyadari dalam pedoman ini kemungkinan masih terdapat kekurangan dalam penyajian ataupun isinya, oleh karena itu saran dan masukan dalam penyempurnaan akan sangat kami hargai.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua, Amin.

Jakarta, 2 Juni 2010



Menteri Kesehatan Republik Indonesia,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

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

**PEDOMAN PELAKSANAAN  
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT  
(JAMKESMAS)  
2010**

**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.  
JAKARTA**



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
BAB I      PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan dan Sasaran .....	6
BAB II     PENYELENGGARAAN .....	7
BAB III    TATA LAKSANA KEPESERTAAN .....	8
A. Ketentuan Umum .....	8
B. Verifikasi Kepesertaan .....	9
BAB IV    TATALAKSANA PELAYANAN KESEHATAN .....	10
A. Ketentuan Umum .....	10
B. Prosedur Pelayanan .....	11
C. Manfaat .....	16
D. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) .....	18
BAB V     TATA LAKSANA PENDANAAN .....	20
A. Ketentuan Umum .....	20
B. Sumber dan Alokasi Dana .....	20
C. Lingkup Pendanaan .....	20
D. Penyaluran Dana .....	22
E. Pencairan, Pemanfaatan dan Pertanggungjawaban .....	23
F. Verifikasi .....	28
BAB VI    PENGORGANISASIAN .....	30
A. Tim Pengelola Jamkesmas .....	30
B. Tim Koordinasi Program Jamkesmas .....	36
C. Pelaksanaan Verifikasi .....	39
D. Pengembangan Jaminan Kesehatan di Daerah .....	40
BAB VII   PEMANTAUAN DAN EVALUASI .....	42
A. Indikator Keberhasilan .....	42
B. Pemantauan dan Evaluasi .....	43
C. Penanganan Keluhan .....	44
D. Pembinaan dan Pengawasan .....	44
E. Pelaporan .....	44
BAB VIII  PENUTUP .....	46

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	I	Jumlah Sasaran Penduduk Miskin Program Jamkesmas Kabupaten Kota tahun 2010 . . . . .	47
Lampiran	II	SK Menkes No.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 . . . . .	69
Lampiran	III	Diagnosis Gawat Darurat . . . . .	83
Lampiran	IV	SE Dirjen Yanmedik Nomor IR.01.01/I.1/757/2010 mengenai Surat Edaran INA – DRG. . . . .	91
Lampiran	V	SE Dirjen Yanmedik Nomor JP.01.01/I/3392/2009 tanggal 2 September 2009 mengenai Pelaksanaan Jamkesmas 2009 . . . . .	95
Lampiran	VI	Kepmenkes Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. . . . .	99
Lampiran	VII	SE Dirjen Yanmedik Nomor KU.01.08/I/1878/09 tanggal 27 Mei 2009 mengenai Laporan Pelaksanaan Jamkesmas . . . . .	121
Lampiran	VIII	Contoh Format Setoran Bukan Pajak (SSBP) . . . . .	125
Lampiran	IX	Contoh Laporan Pertanggungjawaban Dana Jamkesmas (Form 1C, 2C,3 dan form koreksi) . . . . .	129
Lampiran	X	Contoh Format Laporan Monitoring & Realisasi Anggaran Dana Operasional Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah . . . . .	137
Lampiran	XI	Contoh Format Klaim INA DRG . . . . .	141
Lampiran	XII	Contoh Format Laporan Bulanan Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesmas. . . . .	145
Lampiran	XIII	Format Pelaporan Program Jamkesmas . . . . .	149
Lampiran	XIV	Surat Edaran Nomor HK:03.03./I/245/10 tentang Pelaksanaan Penggunaan Obat Generik. . . . .	185

## DAFTAR SINGKATAN

AAM	Area Asisten Manajer
AM	Ambulatory Medical
AMHP	Alat Medis Habis Pakai
AP	Ambulatory Procedure
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APF	Aparat Pengawasan Fungsional
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BBKPM	Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat
BKIM	Balai Kesehatan Indra Masyarakat
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BKMM	Balai Kesehatan Mata Masyarakat
BP4	Balai Pelayanan Pengobatan Penyakit Paru
BPS	Badan Pusat Statistik
Dinkes	Dinas Kesehatan
Ditjen	Direktorat Jenderal
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
ICCU	Intensive Care Cardiac Unit
ICD-10	International Code Diseases Ten
ICD-9	International Code Diseases Nine
CM	Clinical Modification
ICU	Intensive Care Unit
IGD	Instalasi Gawat Darurat
IM	Inpatient Medical
INA-DRG	Indonesia Diagnostic Related Group
IOL	Intra Ocular Lens
IP	Inpatient Procedures JAMKESDA Jaminan Kesehatan Daerah
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin
JUKNIS	Petunjuk Teknis
KC	Kantor Cabang
KK	Kartu Keluarga
KP	Kantor Pusat
KPKN	Kantor Perbendaharaan Kas Negara
KR	Kantor Regional
KTP	Kartu Tanda Penduduk

MDC	Major Diagnostic Category
MENKES	Menteri Kesehatan
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
PAD	Pendapatan Asli Daerah
PICU	Perinatal Intensive Care Unit
PK	Pembuat Komitmen
PKH	Program Keluarga Harapan
PKS	Perjanjian Kerja Sama
POA	Plan of Action
PONED	Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar
PPATRS	Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit
PPK	Pemberi Pelayanan Kesehatan
PT	Perseroan Terbatas
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjut
RITP	Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTL	Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RJTP	Rawat Jalan Tingkat Pertama
RS	Rumah Sakit
SAM	Staf Ahli Menteri
SDM	Sumber Daya Manusia
SIM	Sistem Informasi Manajemen
SJSNSK	Sistem Jaminan Sosial Nasional Surat Keputusan
SKP	Surat Keabsahan Peserta
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPP	Surat Permintaan Pembayaran
SP2D	Surat Perintah Pencairan Dana
SPM	Surat Perintah Membayar
THT	Telinga Hidung Tenggorokan
TP	Tim Pengelola
TT	Tanda Tangan
UPM	Unit Pengaduan 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.

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 /JP-KMM (2005) atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jamkesmas sampai dengan sekarang.

Kesemuanya memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dengan prinsip asuransi kesehatan sosial.

Pelaksanaan program Jamkesmas mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam UU SJSN, yaitu dikelola secara nasional, nirlaba, portability, 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 kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sesuai UU SJSN.

Program Jamkesmas Tahun 2010 dilaksanakan dengan beberapa perbaikan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian. Pada aspek kepesertaan misalnya, telah dilakukan upaya perluasan cakupan, melalui penja-

minat kesehatan kepada masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, masyarakat miskin penghuni lapas/rutan serta masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat. Dengan demikian, selain masyarakat yang ada dalam kuota, peserta Program Keluarga Harapan (PKH), gelandangan, pengemis dan anak terlantar telah dicakup dalam program Jamkesmas, sehingga masyarakat miskin yang ada pada ketiga unsur tersebut telah masuk dalam sasaran sebagai peserta Jamkesmas. Kementerian Kesehatan saat ini telah mencanangkan Jaminan Kesehatan Semesta pada akhir Tahun 2014, sehingga nantinya seluruh penduduk Indonesia akan masuk dalam suatu Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat (universal coverage).

Pada aspek pelayanan, pada Tahun 2010 diperkenalkan paket INA-DRG versi 1.6 yang lebih sederhana, lebih terintegrasi serta mudah dipahami dan diaplikasikan. Selain itu Menteri Kesehatan telah menandatangani kesepakatan dengan 4 (empat) BUMN farmasi untuk menjamin ketersediaan obat dan alat yang dibutuhkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Jamkesmas dengan harga yang terjangkau sebagaimana telah ditetapkan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan.

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. 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, advo-

kasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana seharusnya.

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).
- 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.  
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.

### **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.

## **BAB 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.

## **BAB III**

### **TATA LAKSANA KEPESERTAAN**

#### **A. KETENTUAN UMUM**

1. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang membayar iuran atau iuarannya 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 :
  - 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.
  - 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).

## **BAB 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.

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 iuran 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.**

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.
  - f. Terhadap peserta yang berobat lintas daerah, verifikasi kepesertaan tetap dilakukan oleh PT. Askes (Persero) dengan melihat pada kartu Jamkesmas. Dalam hal terdapat keragu-raguan mengenai status kepesertaannya, dapat dilakukan konfirmasi status kepesertaan tersebut ke database daerah asal peserta oleh petugas PT. Askes (Persero) atau tim pengelola daerah tempat asal pasien.
  - g. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan RS antar daerah dilengkapi surat rujukan dari rumah sakit asal pasien dengan membawa identitas kepesertaannya untuk dapat dikeluarkan SKP oleh petugas PT. Askes (Persero).

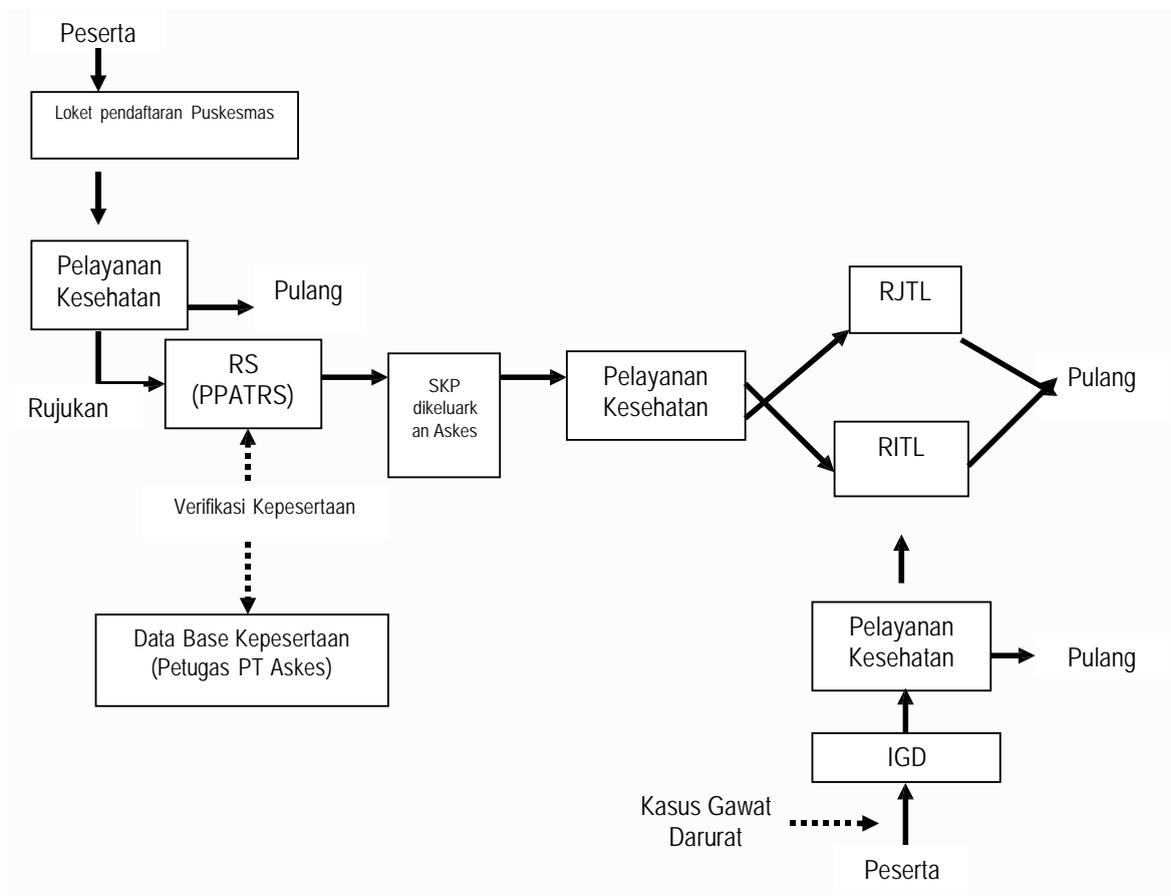
- h. Peserta Jamkesmas dalam keadaan gawat darurat wajib ditangani langsung tanpa diperlukan surat rujukan. Apabila setelah penanganan kegawat-daruratannya peserta belum melengkapi identitasnya, maka yang bersangkutan diberi waktu 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapi identitasnya yakni kartu peserta disertai KK dan KTP.
- i. Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat sesuai dengan formularium dan bahan habis pakai yang diperlukan. Meski telah diberlakukan INA-DRG, agar terjadi efisiensi pelayanan, pemberian obat wajib menggunakan formularium obat Jamkesmas di Rumah Sakit (formularium obat Jamkesmas akan ditetapkan dengan SK Menkes tersendiri).
- j. Penggunaan INA-DRG versi 1.6 bagi seluruh PPK lanjutan sebagai dasar pertanggung-jawaban/klaim diberlakukan sejak 1 Maret 2010. (Lampiran 4)
- k. Alat Medis Habis Pakai (AMHP) tertentu dapat diklaimkan terpisah di luar paket INA-DRG. RS wajib membuat daftar AMHP dan kisaran harga yang ditetapkan pihak RS atas masukan komite medik. Pilihan penggunaan AMHP tersebut didasarkan kepada ketersediaan AMHP dengan mempertimbangkan efisiensi, efektifitas dan harga yang ekonomis tanpa mengorbankan mutu. Ketentuan mengenai AMHP ini terdapat dalam 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)
- l. Agar pelayanan berjalan dengan lancar, RS bertanggungjawab untuk menjamin ketersediaan obat, AMHP, darah termasuk reagensinya.  
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.

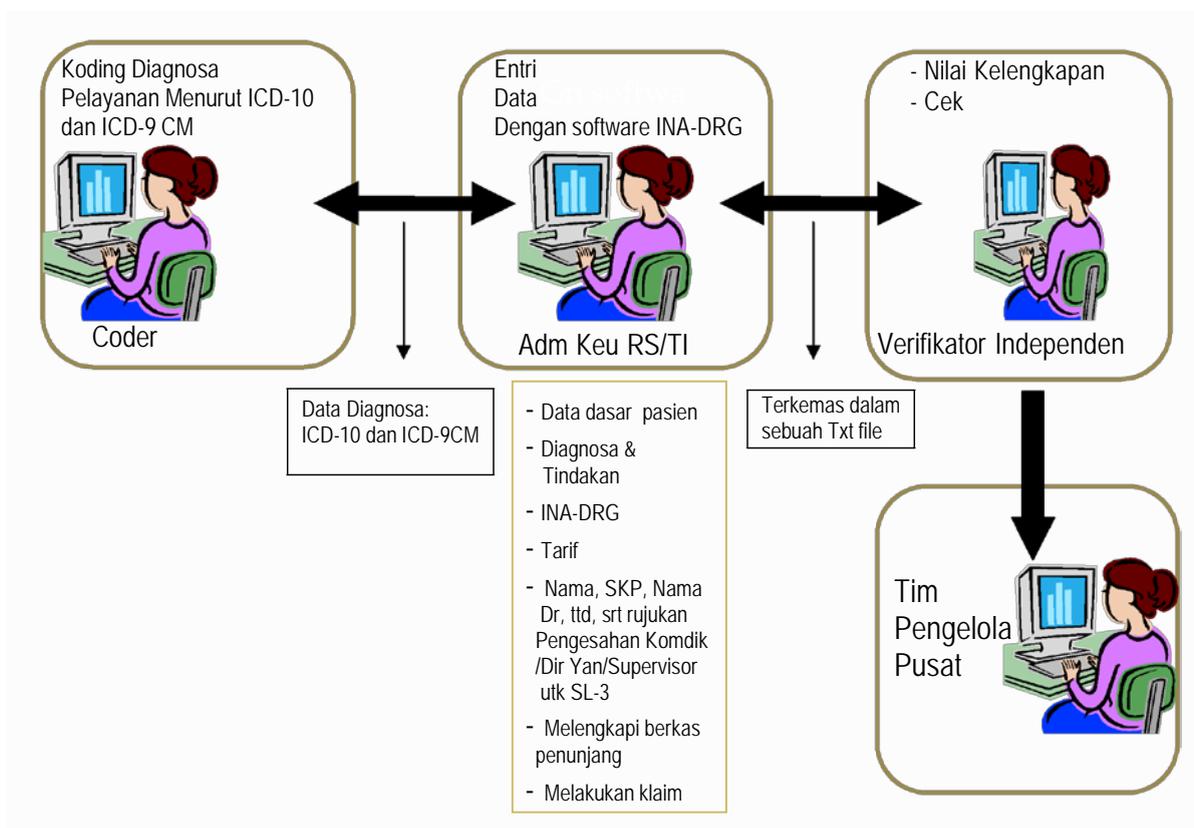
**Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, tidak boleh dikenakan iur biaya oleh PPK dengan alasan apapun**

### 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- menulis- kan- 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.

### 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 :
    - 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/ kegu-

guran, penyembuhan efek samping & komplikasinya (kontrasepsi disediakan BKKBN)

- 7) Pemberian obat mengacu pada Formularium
  - 8) Pelayanan darah
  - 9) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III (tiga) RS, meliputi :
- 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - 3) Penunjang diagnostik: 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
  - 11) Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK)
- c. Pelayanan gawat darurat (emergency) kriteria gawat darurat, sebagaimana terlampir. (Lampiran 6)
- d. Seluruh penderita thalasemia dijamin, termasuk bukan peserta Jamkesmas.
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 diatas disediakan oleh RS bekerjasama dengan pihak-pihak lain dan diklaimkan terpisah dari paket INA-DRG.

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
  - 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 pemo-

hon, 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](http://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.

## **BAB 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 luncturan 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.

#### **B. SUMBER DAN ALOKASI DANA**

Sumber Dana berasal 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 antara lain:

1. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).
2. Biaya transportasi rujukan dari rumah sakit yang merujuk ke pelayanan kesehatan lanjutan serta biaya pemulangan Pasien menjadi tanggung jawab Pemda asal pasien.
3. Biaya transportasi petugas pendamping pasien yang dirujuk.
4. Dukungan biaya operasional manajemen Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota.
5. Biaya lain-lain diluar pelayanan kesehatan, sesuai dengan spesifik daerah dapat dilakukan oleh daerahnya.

#### **C. LINGKUP PENDANAAN**

Pendanaan dalam Jamkesmas terdiri dari:

##### **1. Dana Pelayanan Kesehatan**

Adalah dana yang langsung diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan di Pem-

beri Pelayanan Kesehatan (PPK) baik di Puskesmas dan jaringannya maupun untuk PPK lanjutan. Dana Pelayanan Kesehatan bagi peserta Jamkesmas meliputi seluruh pelayanan kesehatan di:

- a. Puskesmas dan jaringannya untuk pelayanan kesehatan dasar yang sifatnya pelayanan perorangan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif).
- b. PPK lanjutan (Rumah Sakit pemerintah/swasta termasuk RS khusus, TNI/POLRI, Balikesmas) untuk pelayanan kesehatan rujukan.

## **2. Dana Operasional Manajemen**

Adalah dana yang diperuntukkan untuk operasional manajemen Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota dalam menunjang program Jamkesmas.

### **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 Pemantapan 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

## **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.**

**Bunga Bank/Jasa Giro yang terdapat pada rekening PPK Lanjutan yang bersumber dari dana luncuran harus disetorkan ke Kas Negara melalui KPPN setempat sesuai Surat Direktur Jenderal Bina Pelayanan medik Nomor KU.01.08/I/1878/09 tanggal 27 Mei 2009 tentang Laporan Pelaksanaan Jamkesmas. (Lampiran 7)**

**Contoh format setoran Bunga Bank/Jasa Giro ke kas negara (Lampiran 8)**

## **2. Dana Operasional Manajemen**

### **a. Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat**

Dana Operasional Jamkesmas untuk Tim Pengelola & Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat disalurkan melalui DIPA Satuan Kerja (Satker) Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

### **b. Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota**

Dana Operasional Jamkesmas untuk Tim Pengelola & Tim Koordinasi Jamkesmas Provinsi dan Kabupaten/Kota disalurkan melalui mekanisme Dekonsentrasi.

## **E. PENCAIRAN, PEMANFAATAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN**

### **1. Dana Pelayanan Kesehatan**

#### **a. PUSKESMAS**

##### **a.1. PENCAIRAN**

- 1) Puskesmas membuat Plan Of Action (POA) yang telah dibahas dan disepakati sebelumnya melalui forum lokakarya mini Puskesmas. Plan of Action merupakan usulan kegiatan yang akan dilakukan oleh Puskesmas dan Jaringannya terkait kebutuhan pelayanan kesehatan di dalam dan di luar gedung disertai dengan kebutuhan dana penunjang untuk operasional kegiatan tersebut. Pengusulan dana tersebut dapat dilakukan perbulanan, perdua bulanan atau pertiga bulanan, tergantung pada kebijakan kepala Dinas Kesehatan setempat dengan memperhitungkan geografi dan kesulitan-kesulitan Puskesmas.
- 2) Perencanaan seluruh kegiatan sebagaimana butir a.1 di atas, diusulkan secara resmi oleh Kepala Puskesmas kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendapatkan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan atau pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan (ditanda tangani Kadinkes dan Kepala Puskesmas), sekaligus sebagai pengesahan untuk pengambilan dana di Giro Kantor Pos.

## **a.2. PEMANFAATAN**

- 1) Pemanfaatan dana Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya dapat digunakan untuk membayar:
  - a) Pelayanan Rawat Jalan tingkat primer
  - b) Pelayanan Rawat Inap
  - c) Pertolongan persalinan
  - d) Pelayanan Spesialistik
  - e) Transportasi Rujukan
- 2) Dana Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya tidak dapat dimanfaatkan untuk operasional Pelayanan Kesehatan Luar Gedung melainkan didanai 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 dibuatkan Surat Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan usulan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

## **a.3. PERTANGGUNGJAWABAN**

- 1) Puskesmas harus membuat pertanggungjawaban dana Jamkesmas yang diterima sesuai ketentuan yang berlaku dan mengirimkan laporan pertanggungjawaban dana ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 2) Terhadap dana Jamkesmas yang digunakan pada pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dilakukan verifikasi oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.

**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 luncuran 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, se-

lanjutnya 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.
- 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 ditandatanganinya 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.  
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**

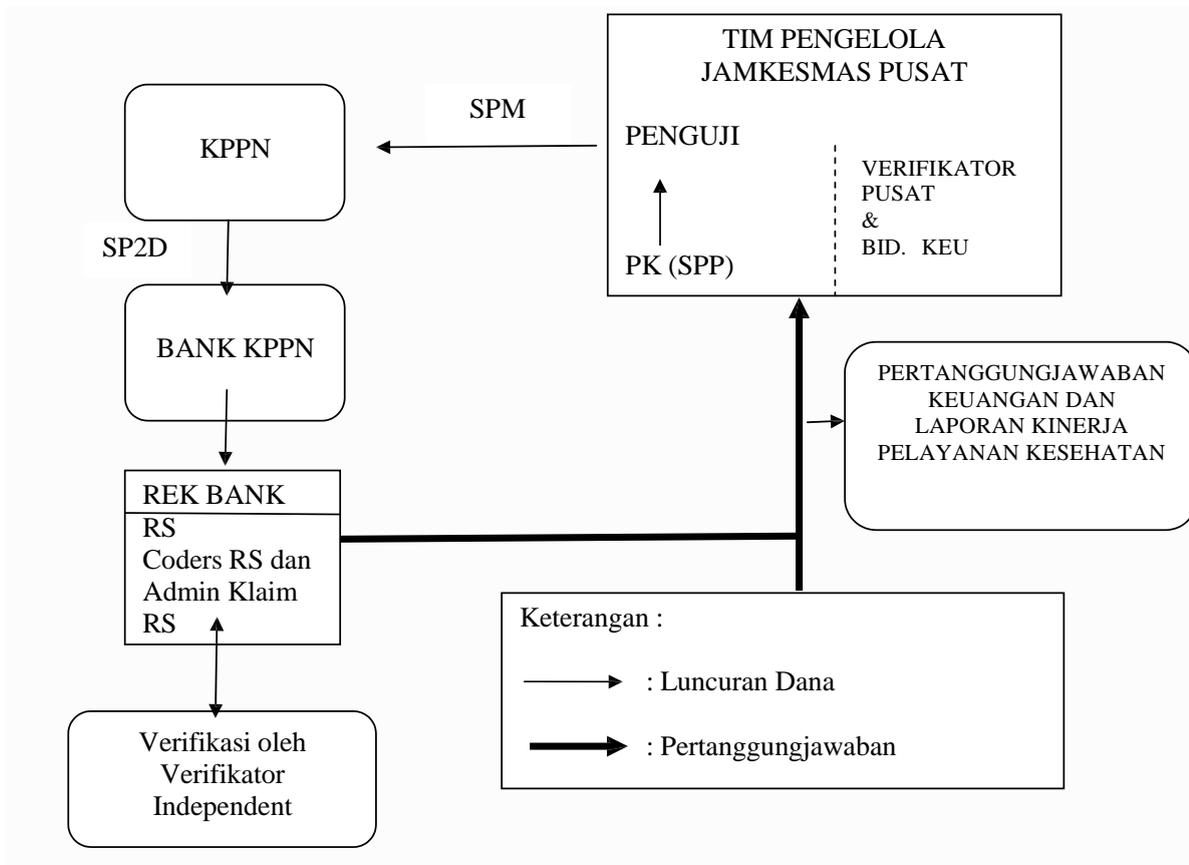
- 1) Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk setahun.
- 2) Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat membuat rencana pencairan dana untuk melaksanakan kegiatan.
- 3) Pencairan dana dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku melalui KPN V.
- 4) Dana yang telah dicairkan dimanfaatkan untuk kegiatan operasional Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Pusat.
- 5) Selanjutnya dana yang telah dimanfaatkan dipertanggung jawabkan 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)

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.

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

- verifikasi administrasi kepesertaan meliputi kartu peserta/surat keterangan (lihat bab 3) lain yang sah oleh instansi yang berwenang, No SKP, surat rujukan.
- administrasi pelayanan meliputi nama pasien, No SKP, Nama dokter pemeriksa, tanda tangan komite medik (pada kasus yang masuk dalam Severity Level 3)
- administrasi keuangan meliputi bukti pembayaran tarif paket INA-DRG dilampiri dengan form pengajuan klaim INA-DRG 1A dan INA-DRG 2A. (Lampiran 11)
- 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 (Persero).
2. Pemeriksaan Surat Rujukan dan Penerbitan SKP oleh PT. Askes (Persero).
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)

## **BAB 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

### **Bidang-Bidang yang meliputi :**

1. ***Bidang Administrasi Umum, Perencanaan, SDM, Informasi dan Hukum:*** 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 Pendaftaran 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).
- c. menyusun dan mengusulkan norma, standar, prosedur dan kriteria dalam penyelenggaraan Jamkesmas kepada pengarah.
- d. melaksanakan pertemuan berkala dengan pihak terkait dalam rangka koor-

- dinasi, sinkronisasi dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- e. Melaksanakan advokasi, sosialisasi, sinkronisasi penyelenggaraan Jamkesmas.
  - f. menyusun perencanaan, evaluasi, monitoring dan pengawasan seluruh kegiatan sesuai dengan kebijakan teknis dan operasional yang telah ditetapkan.
  - g. melakukan telaah hasil verifikasi, otorisasi dan realisasi pembayaran klaim dan mengusulkan kebutuhan anggaran pelayanan kesehatan.
  - h. membuat laporan hasil penyelenggaraan Jamkesmas kepada pengarah.

**Bidang-Bidang :**

- a. memberikan masukan kepada Tim Pengelola (pengarah dan pelaksana) terkait penyelenggaraan Jamkesmas.
- b. menyiapkan dan menyusun pedoman pelaksanaan Jamkesmas sesuai dengan arah kebijakan pengarah dan rumusannya.
- c. membantu kelancaran administrasi pelaksanaan tugas Tim Pengelola.
- d. menyiapkan norma, standar, prosedur dan kriteria penyelenggaraan Jamkesmas.
- e. menyiapkan dan menyusun bahan-bahan bimbingan teknis, monitoring, evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- f. membantu pengarah dan pelaksana dalam melakukan advokasi, sosialisasi, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas.
- g. melaksanakan pelatihan-pelatihan terkait penyiapan SDM dalam pelaksanaan Jamkesmas.
- h. melakukan analisis aspek kendali biaya dan kendali mutu.
- i. membuat laporan secara berkala kepada pengarah dan pelaksana.

**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.
- 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. meneruskan 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.

#### **Tugas Tim Pengelola Kab/Kota:**

- a. bertanggung Jawab mengelola manajemen penyelenggaraan Jamkesmas secara keseluruhan diwilayah kerjanya.
- b. melakukan rekrutmen dan menyampaikan usulan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian tenaga verifikator independen yang bekerja di seluruh PPK yang berada di kabupaten/kota.
- c. melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas diwilayah kerjanya (termasuk pada sarana yankes dasar di puskesmas dan jaringannya dan PPK Lanjutan).
- d. memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka review, evaluasi, dan penyelesaian 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. membentuk tim rekrutmen tenaga verifikator independen serta melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian serta mobilisasi tenaga verifikator di PPK lanjutan.
- g. menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat melalui Dinas Kesehatan Provinsi setempat.
- h. melakukan pengelolaan kepesertaan yang mencakup pencatatan dan updating data kepesertaan di wilayah kerjanya.
- i. menangani penyelesaian keluhan yang belum dapat terselesaikan baik di PPK maupun peserta.
- j. menyiapkan bahan laporan penyelenggaraan Jamkesmas.

- k. memfasilitasi calon PPK baru, yang meliputi: penyiapan rekomendasi berdasarkan hasil penilaian kelengkapan dokumen calon PPK tingkat lanjut yang baru. menyiapkan Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan PPK yang menyelenggarakan Jamkesmas di wilayah kerjanya.
- l. Selaku Pembina verifikator independen melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikator independen di daerahnya, termasuk didalamnya adalah melakukan evaluasi kinerja terhadap kegiatan verifikator independen.
- m. melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jamkesmas di daerahnya.

#### **4. PT. ASKES (PERSERO)**

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

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

#### **Tugas PT. Askes (Persero):**

- a. melakukan penatalaksanaan kepesertaan dalam pelayanan kesehatan, meliputi:
  - 1) verifikasi peserta Jamkesmas yang memanfaatkan pelayanan di PPK tingkat lanjut; bila terjadi keraguan atas identitas yang diserahkan peserta, petugas PT. Askes (Persero) berkewajiban mengecek kebenarannya.
  - 2) penerbitan Surat Keabsahan Peserta (SKP); kelalaian terhadap penerbitan SKP sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero).
- b. melakukan penatalaksanaan organisasi dan manajemen kepesertaan, meliputi:
  - 1) melakukan penanganan keluhan peserta terkait penugasan manajemen kepesertaan dan rekapitulasi pelaporannya.
  - 2) melakukan telaah utilisasi kepesertaan atas akses pelayanan kesehatan di PPK tingkat lanjut berdasarkan wilayah kab/kota/provinsi, jenis kelamin dan umur per PPK lanjutan secara bulanan dan triwulanan.
  - 3) melakukan pelaporan hasil telaah utilisasi secara berjenjang ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten /Kota, Provinsi, dan Pusat.
  - 4) melakukan koordinasi aktif dalam pelaporan telaah utilisasi dan penanganan keluhan peserta dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/ Kota/Provinsi.

- 5) melakukan pelaporan tahunan atas pelaksanaan tugasnya dalam manajemen kepesertaan Jamkesmas yang mencakup rekapitulasi telaah 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**

Menteri Kesehatan membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas Pusat terdiri dari Pelindung dan Pelaksana yang terdiri dari Ketua dan Anggota serta Sekretariat. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait, diketuai oleh Sekretaris Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dengan anggota terdiri dari Pejabat Eselon I Kementerian terkait dan unsur lainnya.

#### **Tugas Tim :**

- a. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).
- b. Melakukan pembinaan, pengawasan dan evaluasi program.
- c. Melaksanakan pertemuan berkala dalam rangka evaluasi kebijakan.
- d. Mengidentifikasi permasalahan lintas program dan lintas sektor yang bersumber dari atau berkaitan dengan kebijakan 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

Pelaksana :

Ketua : Sekretaris Kementerian Koordinator Bidang Kesra

Anggota : 

1. Sekretaris Kemenko Bidang Perekonomian
2. Deputi Menko Perekonomian Bidang Koordinasi Pertanian dan Kelautan, Kemenko Perekonomian
3. Deputi Bidang Koordinasi Perlindungan Sosial dan Perumahan Rakyat, Kemenko Kesra
4. Deputi Bidang Kependudukan, Kesehatan dan Lingkungan Hidup, Kemenko Kesra

5. Deputi Pengentasan Kemiskinan Setwapres
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 Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan
11. Direktur Jenderal Perbendaharaan Negara, Kementerian Keuangan
12. Direktur Jenderal Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan HAM
13. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan
14. Direktur Jenderal Bina Kesmas, Kementerian Kesehatan
15. Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, Kementerian Kesehatan
16. Direktur Jenderal Binfar dan Alkes, Kementerian Kesehatan
17. SAM Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat, Kementerian Kesehatan
18. SAM Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi, Kementerian Kesehatan
19. Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional
20. Direktur Anggaran I, DJA, Kementerian Keuangan
21. Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas
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 Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
26. Sekretaris Dewan Jaminan Sosial Nasional

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

**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 profesional serta telah mengikuti pelatihan.

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 bulannya kepada Tim Pengelola Kabupaten/Kota, termasuk absensi kehadiran.

#### **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 diluar kuota sasaran yang sudah tercakup 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 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
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
5. Harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas

## **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 PPK;
- c. Tersedianya pedoman pelaksanaan (Manlak) dan petunjuk teknis (Juknis) 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 Verifikasi di semua PPK;
- g. Tersedianya dana APBN untuk penyelenggaraan Jamkesmas sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan;
- h. Tersedianya APBD untuk mendukung penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas);
- i. 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 PPK;
- c. Terlaksananya penyaluran dana luncturan sesuai kebutuhan PPK;
- d. Terlaksananya INA-DRG sebagai dasar pembayaran dan pertanggungjawaban dana Jamkesmas di seluruh PPK lanjutan;
- e. Terlaksananya verifikasi pertanggungjawaban dana Jamkesmas;
- f. Terlaksananya penyampaian pertanggungjawaban dana dari PPK Jamkesmas ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat;
- g. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Jamkesmas secara periodik dan berjenjang sesuai dengan sistem informasi Jamkesmas;
- h. Terlayannya peserta Jamkesmas di seluruh PPK.

### **3. Indikator Output**

Untuk indikator Output yang diinginkan dari program ini yaitu:

- a. Terlayannya masyarakat miskin di panti-panti sosial, masyarakat miskin penghuni lapas/rutan dan masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat dalam program Jamkesmas;
- b. Seluruh PPK lanjutan melaksanakan INA-DRG sebagai upaya kendali biaya dan kendali mutu (KBKM);
- c. Tidak ada penolakan peserta Jamkesmas yang membutuhkan pelayanan kesehatan;
- d. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesmas;
- e. Terpenuhinya kecukupan dana dalam penyelenggaraan Jamkesmas.

## **B. PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

### **1. Tujuan pemantauan dan evaluasi**

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

### **2. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi**

- a. Data kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesmas, pencatatan dan penanganan keluhan.
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta Jamkesmas ke PPK tingkat pertama dan PPK Lanjutan, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
- c. Pelaksanaan penyaluran dana ke PPK tingkat pertama dan PPK Lanjutan, serta verifikasi pertanggungjawaban dana di PPK.
- d. Pelaksanaan dan Penerapan INA-DRG di PPK lanjutan.
- e. Pelaksanaan verifikasi kepesertaan dan penerbitan SKP oleh PT. Askes (Persero).
- 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
- 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 diumpanbalikkan 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 ketingkat 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

### **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](http://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.

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](http://www.jpkm-online.net)

## **BAB VIII PENUTUP**

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tersebar di seluruh Indonesia membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari Pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam konstitusi Negara Kesatuan Republik Indonesia. Penjaminan pelayanan kesehatan, utamanya terhadap masyarakat miskin akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik.

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

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

**MENTERI KESEHATAN,**



**ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH**

