



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.336, 2011

KEMENTERIAN KESEHATAN. Jaminan
Kesehatan Masyarakat. Pedoman Penyelenggaraan.

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 903/MENKES/PER/V/2011
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas);
 - b. bahwa agar penyelenggaraan Program Jamkesmas dapat berjalan dengan efektif dan efisien, diperlukan suatu pedoman pelaksanaan;
 - c. bahwa Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 686/Menkes/SK/VI/2010 sudah tidak sesuai lagi dengan kebutuhan lapangan;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
7. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 10. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2010 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2011 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5167);
 11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
 12. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 13. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
 14. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
 15. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010– 2014;
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 021/Menkes/SK/I/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;

MEMUTUSKAN :

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

Pasal 1

Pengaturan Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat bertujuan untuk memberikan acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan pihak terkait penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dalam rangka:

- a. memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan 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.

Pasal 2

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 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; dan
- d. efisien, transparan dan akuntabel.

Pasal 3

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

Pasal 4

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 686/Menkes/SK/VI/2010 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 5

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 4 Mei 2011
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 9 Juni 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

PATRIALIS AKBAR

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 903/MENKES/PER/V/2011
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

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, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

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

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

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

Pelaksanaan program Jamkesmas tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkannya kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sesuai UU SJSN.

Program Jamkesmas Tahun 2011 dilaksanakan dengan beberapa perbaikan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian. Pada aspek kepesertaan, sejak tahun 2010 telah dilakukan upaya perluasan cakupan, melalui penjaminan kesehatan kepada masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, masyarakat miskin penghuni lapas/rutan serta masyarakat miskin akibat bencana paska tanggap darurat, sampai dengan satu tahun setelah kejadian bencana. Peserta yang telah dicakup sejak tahun 2008 meliputi masyarakat miskin dan tidak mampu yang ada dalam kuota, peserta Program Keluarga Harapan (PKH), gelandangan, pengemis dan anak terlantar. 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-DRGs versi 1.6 yang lebih sederhana, lebih terintegrasi serta mudah dipahami dan diaplikasikan, namun demikian pada akhir tahun 2010 dilakukan perubahan penggunaan *software grouper* dari INA-DRG's ke INA-CBGs. Seiring dengan penambahan kepesertaan maka perlu perluasan jaringan fasilitas kesehatan rujukan dengan meningkatkan jumlah Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan rujukan setempat.

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

Pada aspek pengorganisasian dan manajemen, dilakukan penguatan peran Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota, terutama peningkatan kontribusi pemerintah daerah di

dalam pembinaan dan pengawasan serta peningkatan sumber daya yang ada untuk memperluas cakupan kepesertaan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan memberikan bantuan tambahan (suplementasi dan komplementasi) pada hal-hal yang tidak dijamin oleh program Jamkesmas. Disadari meskipun perbaikan terus dilakukan, tentu saja masih banyak hal yang perlu dibenahi dan belum dapat memenuhi kepuasan semua pihak. Namun demikian diharapkan program Jamkesmas ini semakin mendekati tujuannya yaitu meningkatkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kesejahteraan masyarakat. Hal ini tentu akan tercapai melalui penyelenggaraan program Jamkesmas yang transparan, akuntabel, efisien dan efektif menuju *good governance*.

BEBERAPA KENDALA DALAM PELAKSANAAN JAMKESMAS TAHUN 2010 MELIPUTI:

1. Kepesertaan

Database peserta Jamkesmas 2010 masih mengacu pada data makro BPS Tahun 2005, dan ditetapkan *by name by address* oleh Bupati/Walikota Tahun 2008. Dengan demikian masih banyak terjadi kendala perubahan-perubahan data di lapangan seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan masih terdapatnya penyalahgunaan rekomendasi dari institusi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak, masih ada peserta kesulitan mendapatkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) bagi bayi baru lahir dari peserta Jamkesmas, masyarakat miskin penghuni panti sosial dan lapas/rutan, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat. Permasalahan tersebut di atas disebabkan masih belum adanya kesamaan persepsi antara Verifikator Independen, Petugas Askes di lapangan dan fasilitas kesehatan. Kendala lain adalah meskipun sasaran kepesertaan 2010 adalah tetap sama 76,4 juta namun demikian banyak daerah yang meminta tambahan kuota dan atau merubah Surat Keputusan Bupati/Walikota yang sudah diterbitkan.

2. Pelayanan Kesehatan

Kendala dalam pelayanan kesehatan antara lain: a) masih terdapat (meskipun kasusnya sangat sedikit) penolakan pasien Jamkesmas dengan alasan kapasitas RS sudah penuh, b) sistem rujukan belum berjalan dengan optimal, c) belum semua RS menerapkan kendali mutu dan kendali biaya, d) peserta masih dikenakan urun biaya dalam mendapatkan obat, AMHP atau darah, e) penyediaan dan distribusi obat belum mengakomodasi kebutuhan pelayanan obat program Jamkesmas, f) penetapan status kepesertaan Jamkesmas atau bukan peserta Jamkesmas sejak awal masuk Rumah Sakit, belum dipatuhi sepenuhnya oleh peserta.

3. Pendanaan Program

Pertanggungjawaban pendanaan fasilitas kesehatan pada pelaksanaan Jamkesmas 2010 masih ditemukan dua permasalahan pokok yaitu mengenai teknis penerapan INA-DRGs dan ketepatan waktu pengiriman klaim. Permasalahan teknis dalam penerapan pola pembayaran INA-DRGs antara lain: a) belum komprehensifnya pemahaman penyelenggaraan pola pembayaran dengan INA-DRGs terutama oleh dokter dan petugas lainnya yang menyebabkan belum terlaksananya pelayanan yang efisien dan mengakibatkan biaya pembayaran paket seringkali dianggap tidak mencukupi, b) belum semua RS memiliki kode RS dan penetapan kelas RS, b) belum semua RS pengampu dapat memberikan pembinaan tentang pola pembayaran dengan INA-DRGs kepada RS di sekitarnya secara optimal. Permasalahan waktu pengiriman klaim, yaitu ketidaktepatan waktu dalam mengirimkan pertanggungjawaban klaim, bahkan masih ditemukan beberapa rumah sakit belum dapat menggunakan format INA-DRGs secara benar. Dengan demikian, perlu kerja keras RS dan Tim Pengelola Pusat dan Daerah agar pertanggungjawaban keuangan dapat diselenggarakan sesuai dengan pengaturannya.

4. Pengorganisasian, Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah

Peran, tugas dan fungsi Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota tahun 2010 dirasakan masih belum dapat berjalan secara optimal. Kendala yang dihadapi adalah operasional kegiatan seperti kegiatan sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana seharusnya. Kendala tersebut dapat dipahami mengingat tidak tersedianya dana operasional tahun 2010 dari Pusat dan bantuan dana dari Daerah juga tidak tersedia.

Beban kerja Tim pengelola Jamkesmas Provinsi, Kabupaten/Kota semakin tinggi dengan adanya daerah-daerah yang melaksanakan Jamkesda termasuk pemanfaatan tenaga verifikator independen oleh daerah. Oleh karena itu perlu komitmen daerah dalam pelaksanaan program Jamkesmas dan Jamkesda secara harmonis, dan menghindari duplikasi anggaran.

KEBIJAKAN JAMKESMAS TAHUN 2011

Kebijakan Jamkesmas Tahun 2011 pada prinsipnya sama dan merupakan kelanjutan pelaksanaan program Jamkesmas Tahun 2010 dengan berbagai perbaikan dalam rangka penyempurnaan sebagai berikut :

1. Kepesertaan

- a. Kepesertaan Jamkesmas 2011 mengacu kepada data BPS 2008 yang berjumlah 60,4 juta jiwa namun demikian jumlah sasaran (kuota)

peserta Jamkesmas tahun 2011 ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sama dengan tahun 2010 yakni 76,4 juta jiwa. *Baseline* data kepesertaan tahun 2011 menggunakan data BPS ditambah dengan data daerah sesuai dengan *updating* sampai memenuhi kuota 2011 yang ditetapkan.

- b. Untuk kepesertaan 2011 akan diterbitkan kartu baru. Selama kartu baru tersebut belum diterbitkan maka berlaku kepesertaan dan kartu yang lama.
- c. Sehubungan dengan diselenggarakannya program Jaminan Persalinan dan Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia pada tahun 2011, maka ada perluasan penerima manfaat kedua program ini yang merupakan bukan peserta Jamkesmas.

2. Pelayanan Kesehatan

- a. Pada tahun 2011 diluncurkan Jaminan Persalinan yaitu jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB paska persalinan dan pelayanan bayi baru lahir. Penerima manfaat Jaminan Persalinan adalah seluruh ibu yang belum memiliki jaminan persalinan. Tujuan diselenggarakannya jaminan persalinan adalah untuk percepatan pencapaian MDG's dalam menurunkan angka kematian ibu. Ketentuan secara rinci pelaksanaan jaminan persalinan diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.
- b. Selain Jaminan Persalinan, pada tahun 2011 diselenggarakan Jaminan Pelayanan Pengobatan pada penderita Thalassaemia Mayor. Pemberian pelayanan bagi penderita Thalassaemia Mayor diberikan kepada pasien yang telah ditegakkan diagnosis secara pasti sebagai penderita Thalassaemia Mayor. Saat ini sebagian besar penderita Thalassaemia Mayor telah menjadi anggota pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) dimana pada yayasan tersebut dilakukan registrasi dan diberikan tanda keanggotaan berupa kartu. Tujuan jaminan pelayanan pengobatan penderita Thalassaemia adalah membantu keluarga penderita Thalassaemia dalam pembiayaan kesehatannya karena pelayanan kesehatan pada penderita Thalassaemia Mayor memerlukan biaya tinggi sepanjang hidupnya. Ketentuan secara rinci pelaksanaan jaminan pelayanan pengobatan Thalassaemia diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
- c. Dalam upaya mewujudkan standardisasi dan efisiensi pelayanan obat dalam program Jamkesmas, maka seluruh fasilitas kesehatan terutama rumah sakit diwajibkan mengacu pada formulirun obat Jamkesmas, di mana obat-obatan dalam formularium ini sebagian besar merupakan obat generik. Hal ini berkaitan dengan keputusan Menteri Kesehatan

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

- d. Penyempurnaan sistem INA-CBGs mulai dilakukan sejak akhir tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 dimaksudkan agar dapat mengakomodasi hal-hal antara lain: penyesuaian tarif dengan kondisi yang mutakhir, kasus-kasus *sub acute/chronic, special drugs, special procedure, special investigation, special prosthesis* dan *ambulatory package*.

3. Pendanaan dan Pengorganisasian

- a. Pengelolaan dana Jamkesmas pada pelayanan dasar dan rujukan menjadi satu pada tim pengelola pusat, sedangkan pengelolaan dana BOK dan Jampersal selain di pusat juga dikelola di kabupaten/kota.
- b. Pengorganisasian dalam penyelenggaraan Jampersal dan BOK terintegrasi dengan Jamkesmas.
- c. Dana operasional, penambahan SDM dan perubahan struktur organisasi Tim Pengelola dan Tim Koordinasi dilakukan pada tahun 2011 pada tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- d. Mekanisme pelaporan puskesmas wajib lapor ke tim pengelola kabupaten/kota setiap bulannya.
- e. Tim pengelola kabupaten/kota mempunyai kewenangan untuk menilai, mengendalikan dan membayar sesuai kegiatan yang telah dilaksanakan oleh puskesmas dan jaringannya

B. KEPESERTAAN

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

BAB II PENYELENGGARAAN

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Iuran bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat bersumber dari Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial. Pada hakikatnya pelayanan kesehatan terhadap peserta menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial. Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk : 1) mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah; 2) agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

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

Penyelenggaraan Program Jamkesmas dibedakan dalam dua kelompok berdasarkan tingkat pelayanannya yaitu: 1) Jamkesmas untuk pelayanan dasar di puskesmas termasuk jaringannya; 2) Jamkesmas untuk pelayanan kesehatan lanjutan di rumah sakit dan balai kesehatan.

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

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

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

BAB III TATA LAKSANA KEPESERTAAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
2. Peserta Program Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayari oleh Pemerintah sejumlah 76,4 juta jiwa. Jumlah kuota data sasaran Jamkesmas 2011 adalah sama dengan jumlah kuota tahun 2010. (Formulir 1)
3. Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi :
 - a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan dengan keputusan Bupati/Walikota mengacu pada:
 - 1) Data masyarakat miskin sesuai dengan data BPS 2008 dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang telah lengkap dengan nama dan alamat yang jelas (*by name by address*).
 - 2) Sisa kuota: total kuota dikurangi data BPS 2008 untuk kabupaten/kota setempat yang ditetapkan sendiri oleh kabupaten/kota setempat lengkap dengan nama dan alamat (*by name by address*) yang jelas.
 - b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas.
 - c. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
 - d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat. 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, sebagaimana terlampir.
 - e. Ibu hamil dan melahirkan serta bayi yang dilahirkan (sampai umur 28 hari) yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Tata laksana pelayanan mengacu pada Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.
 - f. Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur RS sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.

4. Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak termasuk dalam 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 adalah peserta sesuai Surat Keputusan Bupati/Walikota.
 - b. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari:
 - 1) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta penghuni panti sosial pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan surat 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) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu PKH.
 - 4) Bayi dan anak yang lahir dari pasangan (suami dan istri) 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.
Bayi yang lahir dari pasangan yang hanya salah satunya memiliki kartu jamkesmas tidak dijamin dalam program ini.
 - 5) Korban bencana pasca tanggap darurat, kepesertaannya berdasarkan keputusan Bupati/Walikota setempat sejak tanggap darurat dinyatakan selesai dan berlaku selama satu tahun.
 - 6) Sasaran yang dijamin oleh Jaminan Persalinan yaitu: ibu hamil, ibu bersalin/ibu nifas dan bayi baru lahir.
 - 7) Penderita Thalassaemia Mayor.
6. Terhadap peserta yang memiliki kartu maupun yang tidak memiliki kartu sebagaimana tersebut di atas, PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan.
Khusus untuk peserta Jaminan Persalinan dan penderita Thalassaemia Mayor non peserta Jamkesmas diterbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) oleh Rumah Sakit, tidak perlu diterbitkan SKP oleh PT. Askes (Persero).
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 dengan pertimbangan akan digantikan oleh bayi yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas sehingga hak peserta yang meninggal tidak dapat dialihkan kepada orang lain.
9. Penyalahgunaan terhadap hak kepesertaan dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. VERIFIKASI KEPESERTAAN

1. Verifikasi kepesertaan dilakukan oleh PT. Askes (Persero) sesuai dengan jenis kepesertaan.
 - a. Bagi peserta Jamkesmas dengan kartu
Dalam melaksanakan verifikasi PT. Askes (Persero) mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan data kepesertaan dalam *database* yang ada di PT. Askes (Persero). Untuk mendukung verifikasi kepesertaan dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga (KK)/Kartu Tanda Penduduk (KTP)/identitas lainnya untuk pembuktian kebenarannya. Setelah cocok, selanjutnya diterbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP).
 - b. Bagi peserta Jamkesmas tanpa kartu
Peserta tanpa kartu terdapat beberapa mekanisme pembuktian keabsahan kepesertaannya:
 - 1) Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas, penghuni panti sosial cukup dengan surat rekomendasi dari Dinas/Instansi Sosial setempat.
 - 2) Penghuni lapas dan rutan, cukup dengan surat rekomendasi dari Kepala Lapas/Kepala Rutan setempat.
 - 3) Masyarakat miskin korban bencana paska tanggap darurat berdasarkan daftar/keputusan yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota.
 - 4) Bagi keluarga PKH yang tidak memiliki kartu Jamkesmas, cukup dengan kartu PKH.
 - 5) Bayi dan anak yang lahir dari pasangan (suami dan istri) peserta Jamkesmas setelah terbitnya SK Bupati/Walikota, cukup dengan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/pernyataan dari tenaga kesehatan, kartu Jamkesmas orang tua dan Kartu Keluarga orangtuanya.
2. Verifikasi kepesertaan oleh Rumah sakit untuk diterbitkan SJP dilakukan terhadap:
 - a. Ibu hamil dan melahirkan dengan menunjukkan KTP dan Buku KIA.
 - b. Penderita Thalassaemia Mayor berdasarkan kartu penderita

Thalassaemia yang diterbitkan oleh YTI dan bagi penderita baru cukup dengan menunjukkan surat keterangan dari Ketua YTI Cabang dan Direktur Rumah Sakit bahwa yang bersangkutan menderita Thalassaemia Mayor.

BAB IV
TATALAKSANA PELAYANAN KESEHATAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi: 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) kelas III 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. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*), seluruh Fasilitas Kesehatan (FASKES) baik jaringan Jamkesmas atau bukan wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta Jamkesmas. Bagi Faskes yang bukan jaringan Jamkesmas pelayanan tersebut merupakan bagian dari fungsi sosial FASKES, selanjutnya FASKES tersebut dapat merujuk ke FASKES jaringan FASKES Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut. (Formulir 2)
4. Pemberian pelayanan kepada peserta oleh FASKES lanjutan harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu, untuk mewujudkannya maka dianjurkan manajemen FASKES lanjutan melakukan analisis pelayanan dan memberi umpan balik secara internal kepada instalasi pemberi layanan.
5. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan. FASKES lanjutan penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta Jamkesmas disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di FASKES yang merujuk.
6. Pelayanan kesehatan dasar (RJTP dan RITP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya, yang diatur secara rinci dalam Juknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas.
7. Pelayanan tingkat lanjut (RJTL dan RITL) diberikan di FASKES lanjutan jaringan Jamkesmas (Balkesmas, Rumah Sakit Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/Polri dan RS Swasta) berdasarkan rujukan. Pelayanan Balkesmas merupakan FASKES untuk layanan RJTL dengan pemberian layanan dalam gedung.
8. Untuk dapat mengoperasikan *software* INA-CBGs maka FASKES lanjutan harus mempunyai nomor registrasi. Apabila FASKES lanjutan belum mempunyai nomor registrasi, maka FASKES membuat surat permintaan nomor registrasi kepada Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

9. Pelayanan RITL diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga). Apabila karena sesuatu hal seperti misalnya tidak tersedianya tempat tidur, peserta terpaksa dirawat di kelas yang lebih tinggi dari kelas III, biaya pelayanannya tetap diklaimkan menurut biaya kelas III.
10. Pada 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-CBGs yang berbeda sesuai penetapan kelasnya.
11. Bagi pengguna jaminan persalinan manfaat yang diberikan meliputi pelayanan: pemeriksaan kehamilan, persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan KB paska persalinan. Tata laksana mengenai jaminan persalinan secara rinci diatur dengan juknis tersendiri.
12. Bagi penderita Thalassaemia Mayor mendapatkan manfaat pelayanan sesuai standar terapi Thalassaemia. Tata laksana mengenai hal ini diatur dengan juknis tersendiri.

B. PROSEDUR PELAYANAN

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

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Dasar
 - a. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas. Untuk peserta gelandangan, pengemis, anak/orang terlantar dan masyarakat miskin penghuni panti sosial, menunjukkan surat rekomendasi Dinas/Instansi Sosial setempat. Bagi masyarakat miskin penghuni lapas/rutan menunjukkan surat rekomendasi Kepala Lapas/Rutan dan untuk peserta PKH yang belum memiliki kartu Jamkesmas, cukup menggunakan kartu PKH.
 - b. Pelayanan kesehatan dapat dilakukan di puskesmas dan jaringannya meliputi: pelayanan rawat jalan, rawat inap.

Khusus untuk pertolongan persalinan dapat juga dilakukan FASKES swasta tingkat pertama, sebagaimana diatur dalam juknis jaminan persalinan.

- c. Bila menurut indikasi medis peserta memerlukan pelayanan pada tingkat lanjut maka puskesmas wajib merujuk peserta ke FASKES lanjutan.

- d. FASKES lanjutan penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta Jamkesmas disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di FASKES yang merujuk.

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

2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari puskesmas dan jaringannya ke FASKES tingkat lanjutan secara berjenjang dengan membawa kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal. Pada kasus *emergency* tidak memerlukan surat rujukan.
- b. Kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan dari puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya, selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) oleh petugas PT.Askes (Persero), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.
- c. Bayi dan anak dari pasangan peserta Jamkesmas (suami dan isteri mempunyai kartu Jamkesmas) yang memerlukan pelayanan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat keterangan lahir dan Kartu Keluarga orang tuanya.
- d. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana di atas 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 FASKES penerima rujukan. Pelayanan balkesmas yang ditanggung oleh program Jamkesmas adalah Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dalam gedung.
 - 3) Pelayanan rawat inap bagi peserta diberikan di kelas III (tiga) di rumah sakit.
 - 4) Pelayanan obat-obatan, alat dan bahan medis habis pakai serta pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- e. Untuk kasus kronis yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, dan lain-lain, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan. Untuk kasus kronis lainnya seperti kasus gangguan jiwa, kusta, kasus paru dengan

- komplikasi, kanker, surat rujukan dapat berlaku selama 3 bulan. Pertimbangan pemberlakuan waktu surat rujukan (1 atau 3 bulan) didasarkan pada pola pemberian obat.
- f. 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) pada tempat tujuan rujukan.
 - g. Dalam keadaan gawat darurat meliputi:
 - 1) Pelayanan harus segera diberikan tanpa diperlukan surat rujukan.
 - 2) Apabila pada saat penanganan kegawatdaruratan tersebut peserta belum dilengkapi dengan identitas kepesertaannya, maka diberi waktu 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapi identitas kepesertaan tersebut
 - h. Untuk pelayanan obat dalam program Jamkesmas mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1455/Menkes/SK/X/2010, tanggal 4 Oktober 2010 tentang Formularium Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Dalam keadaan tertentu, bila memungkinkan RS bisa menggunakan formularium RS.
 - i. Bahan habis pakai, darah, dan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya di Rumah Sakit diklaimkan dalam INA-CBGs dan merupakan satu kesatuan.
 - j. Alat Medis Habis Pakai (AMHP) yang dapat diklaim terpisah adalah hanya:
 - 1) IOL
 - 2) J Stent (Urologi)
 - 3) Stent Arteri (Jantung)
 - 4) VP Shunt (Neurologi)
 - 5) Mini Plate (Gigi)
 - 6) Implant Spine dan Non Spine (Orthopedi)
 - 7) Prothesa (Kusta)
 - 8) Alat Vitrektomi (Mata)
 - 9) Pompa Kelasi (Thalassaemia)
 - 10) Kateter Double Lumen (Hemodialisa)
 - 11) Implant (Rekonstruksi kosmetik)
 - 12) Stent (Bedah, THT, Kebidanan)Untuk AMHP, rumah sakit wajib membuat daftar dan kisaran harga yang ditetapkan pihak rumah sakit atas masukan komite medik. Pilihan penggunaan AMHP tersebut didasarkan pada ketersediaan AMHP dengan mempertimbangkan efisiensi, efektifitas dan harga tanpa mengorbankan mutu.

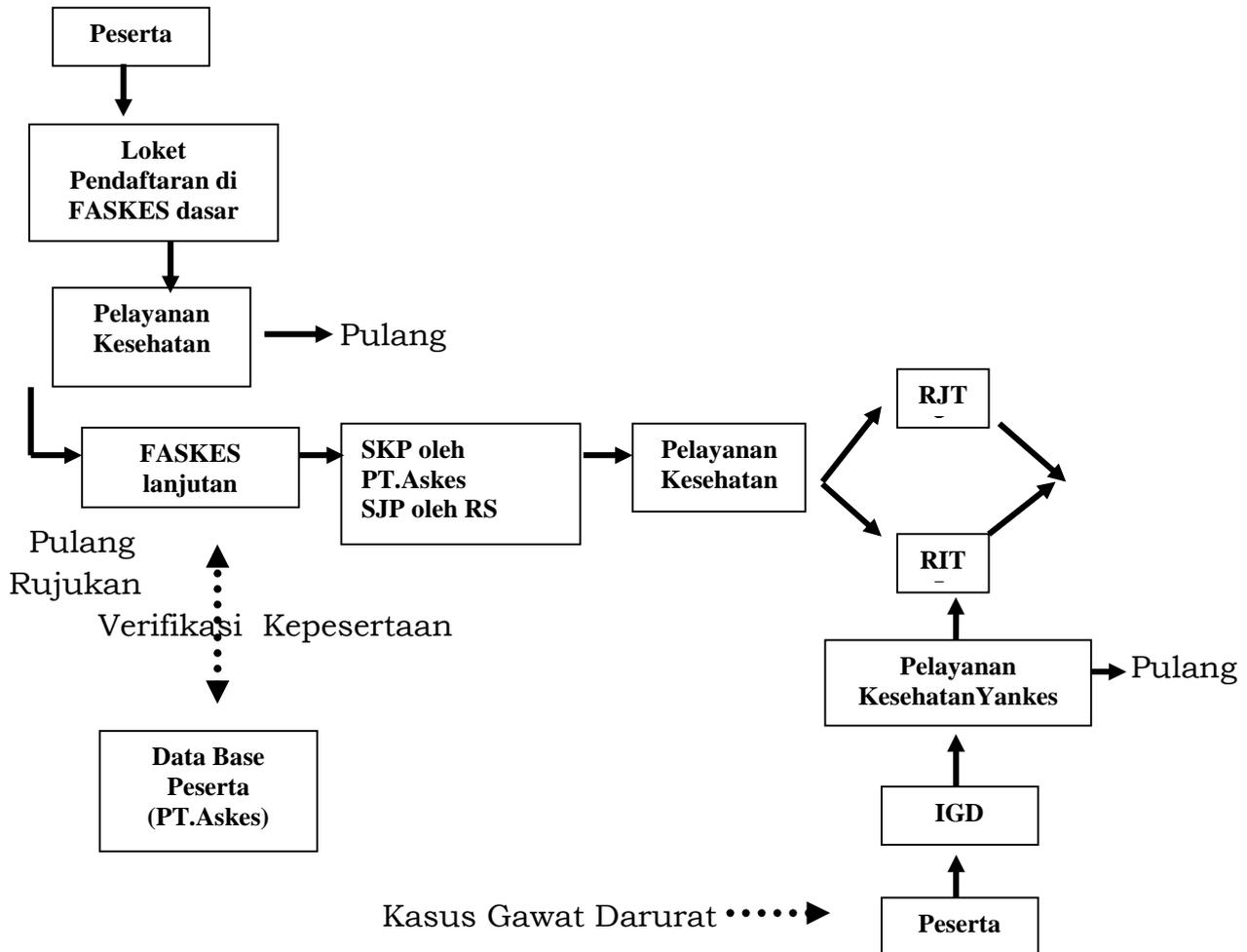
- k. Obat hemophilia, onkologi (kanker) dan thalassaemia (HOT) dapat diklaimkan terpisah di luar paket INA-CBGs. Ketentuan obat HOT mengacu pada formularium Jamkesmas atau bila obat tersebut tidak ada dalam formularium Jamkesmas disetarakan dengan obat yang ada dalam formularium Jamkesmas. Khusus untuk obat thalassaemia mengacu pada obat-obatan thalassaemia seperti tercantum pada Juknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
- l. Untuk memenuhi kesesuaian INA-CBGs, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dalam hal tertentu, coder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (*resume medik*).

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

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

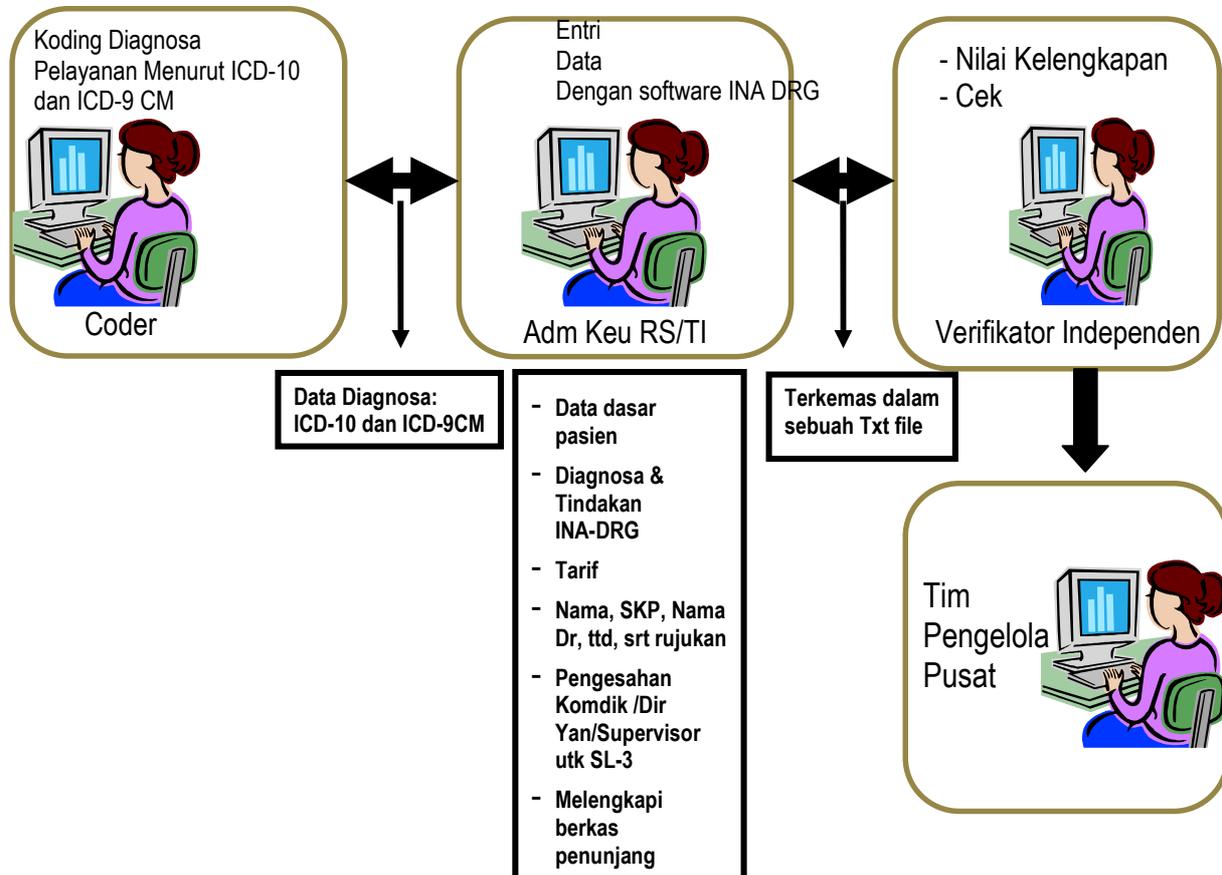
Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas dan penerima manfaat Jampersal tidak boleh dikenakan urun biaya oleh FASKES dengan alasan apapun.

ALUR PELAYANAN KESEHATAN



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

Alur Pelaksanaan INA-CBGs dan Administrasi Klaim



Biaya transport rujukan pasien dari Puskesmas ke FASKES lanjutan di Kabupaten/Kota setempat mengikuti petunjuk teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas dan petunjuk teknis BOK, 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.

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)
 - c. Persalinan normal dilakukan di puskesmas/bidan di desa/polindes/dirumah pasien fasilitas kesehatan tingkat pertama swasta.
 - d. Pelayanan gawat darurat (*emergency*). Kriteria/diagnosa gawat darurat, sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, terlampir.
2. Pelayanan kesehatan di FASKES lanjutan
 - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) di RS dan Balkesmas meliputi:
 - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum.
 - 2) Rehabilitasi medik
 - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
 - 4) Tindakan medis.
 - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - 6) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan 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 tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, terlampir.
- d. Seluruh penderita thalassaemia dijamin, termasuk bukan peserta Jamkesmas.

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

3. Pelayanan Yang Dibatasi (*Limitation*)

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

4. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*)

- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
- b. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika

- c. *General check up*
- d. Prothesis gigi tiruan
- e. Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah
- f. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi
- 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, baik dalam gedung maupun luar gedung

D. FASILITAS KESEHATAN (FASKES)

1. Fasilitas kesehatan dalam program Jamkesmas meliputi puskesmas dan jaringannya serta Fasilitas Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan balkesmas), yang telah bekerja sama dalam program Jamkesmas.
2. Perjanjian Kerja Sama (PKS) dibuat antara Faskes dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota setempat yang diketahui oleh Tim Pengelola Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturannya dan diperbaharui setiap tahunnya apabila FASKES lanjutan tersebut masih berkeinginan menjadi FASKES lanjutan program Jamkesmas.
3. Fasilitas Kesehatan lanjutan sebagaimana dimaksud butir 1 dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat berdasarkan kebutuhan dengan mempertimbangkan berjalannya proses pengabsahan peserta oleh petugas PT Askes (Persero) serta verifikasi oleh Verifikator Independen.
4. Jaringan FASKES baru yang ingin bekerja sama dalam program Jamkesmas, mengajukan permohonan tertulis kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/ Kota setempat disertai dokumen lengkap terdiri dari:
 - a. Profil FASKES
 - b. Perizinan FASKES pemohon (ijin tetap atau ijin operasional sementara)
 - c. Penetapan kelas RS (kelas A, B, C, atau D) dari Kementerian Kesehatan. Khusus balkesmas disetarakan dengan RS kelas C/D.
 - d. Pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program Jamkesmas sebagaimana diatur dalam pedoman pelaksanaan program Jamkesmas, di tandatangi di atas materai Rp. 6000,- oleh Direktur Rumah Sakit.
5. Berdasarkan dokumen sebagaimana dimaksud pada butir 4 di atas maka Tim Pengelola Kabupaten/Kota setempat memberikan penilaian terhadap FASKES pemohon, apabila telah memenuhi persyaratan di atas, maka dilakukan PKS antara Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dan FASKES, diketahui oleh Tim Pengelola Provinsi (Contoh PKS dapat lihat pada Formulir 3 dan diakses di website www.ppjk.depkes.go.id).

6. Upaya perbaikan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya hal-hal yang terkait dengan perizinan RS, kualifikasi RS dan akreditasi RS terus dilakukan dalam rangka peningkatan pelayanan. dan peningkatan efisiensi baik di puskesmas maupun di rumah sakit dan FASKES lainnya terus dilakukan. Telaah pemanfaatan pelayanan (*utilisation review*) dilakukan untuk menilai kewajaran pelayanan kesehatan yang dilakukan.
7. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan FASKES yang telah melakukan kerja sama kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat bersama nomor rekening FASKES lanjutan yang bersangkutan, untuk didaftarkan sebagai FASKES Jamkesmas dengan keputusan Ketua Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat.

Untuk PKS Faskes Jaminan persalinan dapat dilihat pada Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan
--

BAB V TATA LAKSANA PENDANAAN

Dalam upaya penataan penyelenggaraan Jamkesmas dengan lebih baik, khususnya dalam pengelolaan pendanaan, tahun 2011 dilakukan penyempurnaan pengelolaan dana, secara terintegrasi dan menyeluruh dalam satu pengelolaan oleh Tim Pengelola. Adapun tata laksana pendanaan meliputi: A) Ketentuan Umum, B) Sumber dan Alokasi Pendanaan, C) Lingkup Pendanaan, D) Penyaluran Dana, E) Pengelolaan meliputi Penerimaan, Pencairan/Pembayaran, Pemanfaatan dan Pertanggungjawaban Dana.

A. KETENTUAN UMUM

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

B. SUMBER DAN ALOKASI DANA

1. Sumber

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

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam pertanggunggaan kepesertaan Jamkesmas.

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

Adapun dana Operasional Manajemen Tim Pengelola di Provinsi bersumber dari APBN melalui dana dekonsentrasi, sedangkan untuk Tim Pengelola Kabupaten/Kota bersumber dari APBN melalui dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

2. Alokasi

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

C. LINGKUP PENDANAAN

Pendanaan Jamkesmas terdiri dari:

1. Dana Pelayanan Kesehatan

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

- a. puskesmas dan jaringannya untuk pelayanan kesehatan dasar.
- b. rumah sakit pemerintah/swasta termasuk RS khusus, TNI/POLRI, balkesmas untuk pelayanan kesehatan rujukan.

2. Dana Operasional Manajemen

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

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

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

- 1) Administrasi kepesertaan
- 2) Koordinasi Pelaksanaan dan Pembinaan program
- 3) Advokasi, Sosialisasi

- 4) Bimbingan Teknis
 - 5) Pelatihan Petugas Coder dan Klaim RS, Verifikator Independen
 - 6) Pertemuan evaluasi program Jamkesmas
 - 7) Kajian dan survei
 - 8) Pembayaran honor dan operasional
 - 9) Perencanaan dan pengembangan program
 - 10) Pengelolaan Pelaporan Pelaksanaan Jamkesmas
 - 11) Pengembangan dan Pemantapan Sistem Informasi Manajemen (SIM) Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), *Software* Jamkesmas
 - 12) Penanganan pengaduan masyarakat
- b. Operasional Manajemen Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi/Kabupaten/Kota
- Dana Operasional Manajemen Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota adalah dana operasional yang bersumber dari APBN dan disediakan melalui dana dekonsentrasi, tugas pembantuan (TP) dan kontribusi dana APBD, yang penggunaannya untuk kegiatan-kegiatan antara lain:
- 1) Pembayaran honorarium tim pengelola Provinsi/Kabupaten/Kota
 - 2) Operasional Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/kota
 - 3) Koordinasi Pelaksanaan, Konsultasi dan Pembinaan program
 - 4) Sosialisasi program bagi *stakeholder* dan melalui media
 - 5) Evaluasi program di Provinsi/Kabupaten/Kota
 - 6) Pengelolaan Pelaporan Pelaksanaan Jamkesmas dan BOK di Provinsi/Kabupaten/Kota

D. PENYALURAN DANA

1. DANA PELAYANAN KESEHATAN

a. PUSKESMAS

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

- 4) Pengaturan lebih rinci dana jaminan persalinan di FASKES tingkat pertama akan diatur dalam Petunjuk Teknis tersendiri (Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan).

b. RUMAH SAKIT/BALKESMAS

- 1) Dana pelayanan kesehatan program Jamkesmas di FASKES Lanjutan terintegrasi secara utuh dengan dana jaminan persalinan dan disalurkan secara langsung dari rekening kas negara ke rekening FASKES lanjutan melalui Bank. Penyaluran dana dilakukan secara bertahap.
- 2) Penyaluran Dana Pelayanan ke FASKES Lanjutan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI yang mencantumkan Nama FASKES Lanjutan, besaran dana yang diterima.
- 3) Perkiraan besaran dana yang disalurkan untuk pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan perhitungan atas laporan pertanggung jawaban dana PPK Lanjutan.
- 4) Pengaturan lebih rinci dana jaminan persalinan di FASKES lanjutan akan diatur dalam Petunjuk Teknis tersendiri (Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan).

2. DANA OPERASIONAL MANAJEMEN

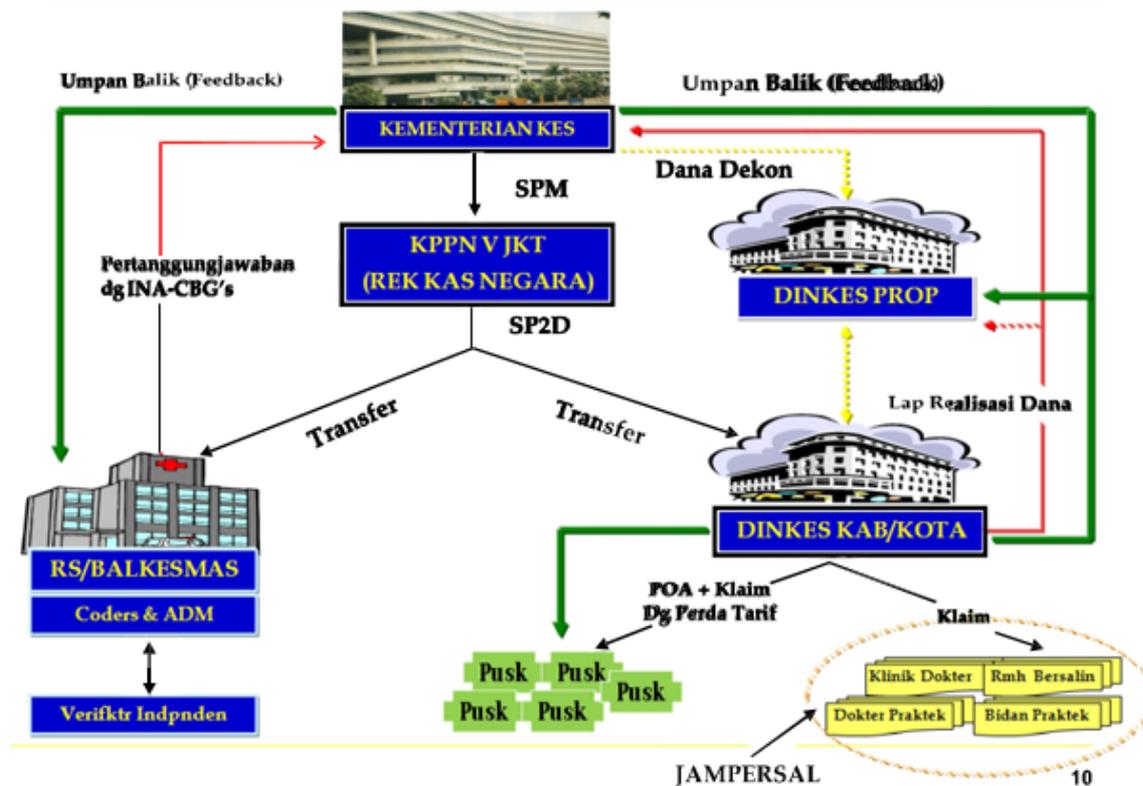
Dana operasional manajemen yang bersumber dari APBN untuk mendukung pelaksanaan penyelenggaraan Jamkesmas bagi Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota penyalurannya mengikuti aturan dan ketentuan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

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

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

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

BAGAN ALUR DANA JAMKESMAS



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

1. DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

a. Dana Pelayanan Kesehatan

1) Penerimaan

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

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

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

2) Pembayaran

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

b) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota melakukan telaah dan verifikasi terhadap; (a) POA dan Klaim yang diajukan oleh puskesmas, (b) Klaim yang diajukan faskes/tenaga kesehatan swasta.

c) Pembayaran atas klaim-klaim sebagaimana dimaksud pada butir a) dan b) dilakukan berdasarkan hasil Verifikasi yang dilakukan Tim Pengelola Jamkesmas & BOK Kabupaten/Kota.

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

a. Kesesuaian realisasi pelayanan dan besaran tarif jampersal/tarif perda yang digunakan disertai bukti pendukungnya.

b. Pengecekan klaim dari FASKES yang memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas serta faskes/tenaga kesehatan swasta yang memberikan pelayanan Jaminan Persalinan beserta bukti pendukungnya.

c. Melakukan kunjungan ke lapangan untuk pengecekan kesesuaian dengan kondisi sebenarnya bila diperlukan.

d. Memberikan rekomendasi dan laporan pertanggungjawaban atas klaim-klaim tersebut kepada Kepala Dinas Kesehatan setiap bulan yang akan dijadikan laporan pertanggungjawaban keuangan ke Pusat.

3) Pertanggungjawaban

a) Penanggung jawab keuangan sebagai pengelola keuangan yang ditunjuk harus memiliki buku catatan kas keluar/masuk untuk mencatat setiap uang masuk dan keluar dari kas yang terpisah

dengan sumber pembiayaan yang lain, dan pembukuan terbuka bagi pengawas intern (Inspektorat Jenderal Kemkes dan BPKP) maupun ekstern (BPK) setelah memperoleh izin Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- b) Seluruh berkas dan bukti-bukti:
 - a. Kwitansi pembayaran klaim dana pelayanan Jamkesmas ke puskesmas.
 - b. POA dan Klaim pelayanan Jamkesmas beserta bukti pendukung dari puskesmas.
 - c. Klaim pelayanan persalinan dari faskes/tenaga kesehatan swasta. Disimpan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai dokumen pertanggung jawaban yang akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
- c) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota membuat dan mengirimkan Laporan Rekapitulasi Realisasi Penggunaan Dana pelayanan Jamkesmas dan Jampersal yang telah dibayarkan ke puskesmas dan FASKES/Tenaga Kesehatan swasta (Format Terlampir dalam Formulir 5).
- b. Dana Operasional Manajemen
 Pengelolaan dana operasional manajemen oleh Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK kabupaten/kota mengikuti sesuai ketentuan yang APBN yang berlaku.

2. PUSKESMAS

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

b. 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. Transport rujukan (untuk pasien Jampersal transport rujukan dari Faskes tingkat pertama ke tingkat lanjutan menggunakan dana BOK)
- 2) Dana Jamkesmas di puskesmas dan jaringannya tidak dapat dimanfaatkan untuk operasional Pelayanan Kesehatan Luar Gedung karena akan didanai dari dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
- 3) Biaya pelayanan kesehatan di puskesmas mengacu pada Perda Tarif yang berlaku di daerah tersebut. Apabila dalam Perda Tarif tersebut tidak mengatur tentang tarif atas jenis pelayanan yang diberikan maka dapat dibuatkan Surat Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan usulan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Khusus untuk pelayanan dalam Jampersal menggunakan tarif yang ditetapkan dalam Juknis Jampersal.
- 4) Dana yang telah menjadi pendapatan puskesmas pembagiannya dapat diatur oleh Bupati atau Walikota melalui usulan kepala Dinas Kesehatan setempat disesuaikan dengan pengaturan yang telah atau akan diberlakukan di daerah tersebut. Pengaturan tersebut dapat dilakukan melalui beberapa pilihan sebagai berikut:
 - a) Pilihan pertama:

Pendapatan puskesmas tersebut masih bersifat bruto dan dapat langsung dibayarkan untuk jasa pelayanan kesehatan dan sisanya (setelah dibayarkan jasa pelayanan) dapat disetorkan ke Kantor Kas daerah sebagai pendapatan netto (setelah dipotong Jasa pelayanan). Pendapatan bruto dan bersih (netto) keduanya dilaporkan secara utuh kepada kantor kas daerah untuk dicatat.
 - b) Pilihan kedua :

Pendapatan puskesmas tersebut seluruhnya dilaporkan kepada kantor kas daerah (tidak secara fisik) untuk dicatat dan dana tersebut dapat digunakan langsung untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan keperluan kegiatan-kegiatan lainnya.
 - c) Pilihan ketiga :

Dana hasil pendapatan puskesmas tersebut disetorkan dan tercatat di kantor kas daerah sebagai pendapatan puskesmas, tetapi dalam waktu paling lambat 1 (satu) bulan dana tersebut dikembalikan untuk membayar jasa pelayanan kesehatan dan kegiatan lainnya.

- d) Jasa pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud huruf (a),(b), dan (c), dibayarkan sebesar minimal 50% dari pendapatan pelayanan kesehatan dasar program Jamkesmas dan minimal 75% untuk jasa tenaga kesehatan penolong persalinan.
 - 5) Pengaturan sebagaimana dimaksud pada angka empat (4) diatur melalui peraturan Bupati/Walikota atas usul Kepala Dinas Kesehatan yang didasari atas surat keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk teknis pelaksanaan ini.
 - 6) Dana yang telah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan swasta (yang bekerjasama) sepenuhnya menjadi pendapatan fasilitas tersebut, termasuk Bidan Praktik, Dokter Praktik, Klinik Bersalin, dan sebagainya.
- c. Pertanggungjawaban
- 1) Pertanggungjawaban dana Jamkesmas yang diterima puskesmas untuk pelayanan kesehatan dasar dan jaminan persalinan oleh Faskes/Tenaga Kesehatan Swasta menggunakan mekanisme klaim (Format terlampir pada Formulir 7 dan Formulir 8)
 - 2) Pengaturan lebih rinci tentang pengelolaan dana Jamkesmas di pelayanan dasar akan diatur dalam Petunjuk Teknis tersendiri.

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

3. RUMAH SAKIT/BALKESMAS

a. Pertanggungjawaban

- 1) FASKES Lanjutan membuat pertanggungjawaban Dana pelayanan kesehatan dengan menggunakan *Software* INA-CBG's.
- 2) Selanjutnya pertanggungjawaban tersebut akan diverifikasi oleh Verifikator Independen dengan menggunakan *Software* verifikasi Klaim Jamkesmas.
- 3) Setelah verifikasi dinyatakan layak oleh Verifikator Independen, selanjutnya pertanggungjawaban tersebut ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit/Kepala Balai Kesehatan Masyarakat dan Verifikator Independen.
- 4) Pertanggungjawaban dana Jamkesmas di FASKES 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 (Formulir 9) serta *soft copy* dalam satu CD yang memuat (1) *file txt* INA-CBG's; (2) *file txt* administrasi klaim; (3) *Raw data* VI kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dan tembusan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/kota dan Provinsi berupa *hardcopy form* 3 sebagai bahan monitoring, evaluasi dan pelaporan.

- 6) Pertanggungjawaban dana yang diterima oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat akan dilakukan telaah dan selanjutnya diberikan umpan balik sebagai upaya pembinaan.
- 7) Pelaporan pertanggungjawaban dana disertai dengan hasil kinerja atas pelayanan kesehatan di 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.

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

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

Sedangkan untuk Rumah Sakit khusus kusta menggunakan ketentuan:

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

Tarif balesmas dalam implementasi INA-CBG's 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-CBG's sesuai dengan penetapan kelas oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan

b. Pencairan Dan Pemanfaatan

- 1) Dengan telah ditandatanganinya pertanggungjawaban dana oleh Direktur FASKES Lanjutan/Kepala Balai dan Verifikator Independen, maka FASKES 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 di-

sebabkan 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 Upaya Kesehatan 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 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

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:

1. Verifikasi administrasi kepesertaan meliputi kartu peserta/surat keterangan (lihat bab 3) lain yang sah oleh instansi yang berwenang, No

SKP, surat rujukan.

2. Administrasi pelayanan meliputi nama pasien, No SKP, Nama dokter pemeriksa, tanda tangan komite medik (pada kasus yang masuk dalam *Severity Level 3*)
3. Administrasi keuangan meliputi bukti pembayaran tarif paket INA-DRG dilampiri dengan form pengajuan klaim INA-DRG 1A dan INA-DRG 2A. (Formulir 10)
4. Tenaga Pelaksana Verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di PPK Lanjutan berada di bawah pembinaan dan koordinasi Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
5. Penunjukkan Koordinator untuk RS yang memiliki lebih dari satu verifikator independen sebagai penanggungjawab persetujuan rekapitulasi klaim.

G. PROSES VERIFIKASI

Proses verifikasi dalam pelaksanaan Jamkesmas, meliputi:

1. Pemeriksaan kebenaran dokumen identitas peserta Jamkesmas oleh PT. Askes (Persero).
2. Pemeriksaan Surat Rujukan dan Penerbitan SKP oleh PT. Askes (Persero) dan SJP oleh FASKES lanjutan.
3. Memastikan dikeluarkannya rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas RS sesuai dengan format yang ditentukan.
4. Pemeriksaan kebenaran penulisan diagnosis, prosedur, No. Kode.
5. Rekapitulasi pertanggungjawaban dana FASKES lanjutan yang sudah layak bayar.
6. Menandatangani rekapitulasi pertanggungjawaban dana FASKES lanjutan.
7. Memastikan Direktur RS/Kepala Balai Kesehatan menandatangani rekapitulasi laporan pertanggungjawaban dana.
8. Membuat laporan hasil pekerjaan bulanan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. (Formulir 11)

H. PENGEMBANGAN JAMINAN KESEHATAN DI DAERAH

Pengembangan program jaminan kesehatan di daerah (Jamkesda) dapat dilakukan dalam upaya menuju pencapaian kepesertaan semesta (*universal coverage*) sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan di luar kuota sasaran yang sudah tercakup dalam program Jamkesmas (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 VI PENGORGANISASIAN

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

Pengorganisasian manajemen Jamkesmas dan BOK terdiri dari:

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

A. TIM KOORDINASI

1. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat

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

a. Tugas Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:

- 1) Menentukan strategi dan kebijakan nasional pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.
- 2) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK secara nasional.
- 3) Memberikan arahan untuk efisiensi dan efektivitas pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.
- 4) Menjadi fasilitator lintas sektor tingkat pusat dan daerah.

b. Struktur Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:

- 1) Pelindung : Menteri Kesehatan
- 2) Ketua : Sekretaris Utama Kemenko Kesra
- 3) Sekretaris : Sekretaris Jenderal Kemenkes
- 4) Anggota :
 - a) Irjen Kemenkes
 - b) Dirjen BAKD Kemendagri
 - c) Dirjen Perbendaharaan Kemenkeu

- d) Dirjen Anggaran Kemenkeu
 - e) Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Bappenas
 - f) Dirjen Bina Upaya Kesehatan
 - g) Dirjen Bina Gizi dan KIA Kemenkes
 - h) Dirjen P2PL Kemenkes
 - i) Kepala Badan Litbangkes Kemenkes
 - j) Staf Ahli Menteri Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat Kemenkes
 - k) Staf Ahli Menteri Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi Kemenkes
- 5) Sekretariat:
- a) Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kemenkes
 - b) Setditjen Bina Gizi dan KIA Kemenkes
2. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi
- Gubernur membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi, yang terdiri dari Pelindung, Ketua, Sekretaris dan Anggota. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas dan BOK, diketuai oleh Sekretaris Daerah Provinsi dengan anggota terdiri dari pejabat terkait.
- a. Tugas Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi:
- 1) Menjabarkan strategi dan kebijakan pelaksanaan Jamkesmas dan BOK tingkat provinsi.
 - 2) Mengarahkan pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dan BOK sesuai kebijakan nasional.
 - 3) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK di tingkat provinsi.
- b. Struktur Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi:
- 1) Pelindung : Gubernur
 - 2) Ketua : Sekretaris Daerah Provinsi
 - 3) Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
 - 4) Anggota :
 - a) Kepala Bappeda Provinsi
 - b) Ketua Komisi DPRD Provinsi yang membidangi kesehatan
 - c) Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi
 - d) Lintas sektor terkait sesuai kebutuhan
3. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota
- Bupati/Walikota membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota, yang terdiri dari Pelindung, Ketua, Sekretaris dan Anggota. Tim Koordinasi bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan

Jamkesmas dan BOK, diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota dengan anggota terdiri dari pejabat terkait.

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

B. TIM PENGELOLA JAMKESMAS DAN BOK

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

1. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat

Menteri Kesehatan membentuk Tim Pengelola Jamkesmas terintegrasi dengan BOK. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat terdiri dari Penanggung Jawab, Pengarah, Pelaksana dan Sekretariat yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

Penanggung jawab adalah Menteri Kesehatan, sedangkan Pengarah terdiri dari pejabat eselon I di lingkungan Kemenkes, dengan Ketua adalah Sekretaris Jenderal dan Wakil Ketua adalah Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA.

Pelaksana terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan Anggota yang merupakan Pejabat Eselon I dan Pejabat Eselon II di lingkungan Kemenkes.

Sekretariat terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota yang merupakan pejabat eselon II, pejabat eselon III dan pejabat eselon IV di lingkungan Kemenkes.

a. Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:

- 1) Penanggung Jawab : Menteri Kesehatan
- 2) Pengarah :
 - a) Ketua : Sekretaris Jenderal Kemenkes
 - b) Anggota : Para pejabat eselon I terkait di lingkungan Kemenkes
- 3) Pelaksana :
 - a) Ketua Pelaksana I : Dirjen Bina Upaya Kesehatan
 - b) Ketua Pelaksana II : Dirjen Bina Gizi dan KIA
- 4) Anggota : Para pejabat eselon II dan III terkait
- 5) Sekretariat :
 - a) Sekretariat I Bidang Jamkesmas
 1. Ketua : Kepala P2JK
 2. Sekretaris : Kepala Bidang Pembiayaan P2JK
 3. Anggota : Semua Kabid/Kabag dan Kasubid/Kasub bag di lingkungan P2JK

Sekretariat didukung oleh koordinator-koordinator bidang sesuai kebutuhan, yang melibatkan berbagai unit utama di lingkungan Kementerian Kesehatan.

b) Sekretariat II Bidang BOK

1. Ketua : Sesditjen Bina Gizi dan KIA
2. Sekretaris : Kabag Keuangan Setditjen Bina Gizi dan KIA
3. Anggota : Seluruh Kabag di lingkungan Setditjen Bina Gizi dan KIA

Sekretariat didukung oleh koordinator-koordinator bidang sesuai kebutuhan, yang melibatkan berbagai unit utama di lingkungan Kementerian Kesehatan.

b. Tugas Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat:

- 1) Pengarah
 - a) Merumuskan dan menetapkan kebijakan operasional dan teknis, pelaksanaan Jamkesmas dan BOK agar sejalan dengan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan Perpres Nomor 5 Tahun 2010 tentang RPJMN 2010-2014.
 - b) Melakukan pengawasan dan pembinaan atas kebijakan yang telah ditetapkan.

- c) Melakukan sinkronisasi dan koordinasi terkait pengembangan kebijakan.
 - d) Memberikan masukan dan laporan kepada Menteri Kesehatan terkait pelaksanaan Jamkesmas dan BOK.
- 2) Pelaksana
- a) Merumuskan dan melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pengarah.
 - b) Menyusun pedoman teknis pelaksanaan, penataan sasaran, penataan fasilitas pelayanan kesehatan (pemberi pelayanan kesehatan) dalam rangka penyelenggaraan Jamkesmas.
 - c) Menyusun dan mengusulkan norma, standar, prosedur dan kriteria dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
 - d) Melaksanakan pertemuan berkala dengan pihak terkait dalam rangka koordinasi, sinkronisasi dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
 - e) Melaksanakan advokasi, sosialisasi, sinkronisasi penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
 - 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 dan BOK kepada pengarah.
- 3) Sekretariat Bidang I dan Bidang II
- a) Memberikan masukan kepada Tim Pengelola (pengarah dan pelaksana) terkait penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
 - b) Menyiapkan dan menyusun pedoman pelaksanaan Jamkesmas dan BOK sesuai dengan arah kebijakan pengarah dan rumusannya.
 - c) Membantu kelancaran administrasi pelaksanaan tugas Tim Pengelola.
 - d) Menyiapkan norma, standar, prosedur dan kriteria penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
 - e) Menyiapkan dan menyusun bahan-bahan bimbingan teknis, monitoring, evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
 - f) Membantu pengarah dan pelaksana dalam melakukan advokasi, sosialisasi, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.

- g) Melaksanakan pelatihan-pelatihan terkait penyiapan SDM dalam pelaksanaan Jamkesmas dan BOK di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- h) Melakukan analisis aspek kendali biaya dan kendali mutu.
- i) Membuat laporan secara berkala kepada pengarah dan pelaksana.

2. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi

Tim Pengelola Jamkesmas sekaligus sebagai Tim Pengelola BOK. Kegiatan Jamkesmas (termasuk Jampersal) terintegrasi dalam pengelolaan dengan kegiatan-kegiatan BOK, karena itu semua bidang yang ada pada Dinas Kesehatan Provinsi harus masuk dalam struktur organisasi pengelola ini. Kegiatan manajemen Jamkesmas dan BOK di provinsi dibiayai melalui dana Dekonsentrasi Pengelolaan Jamkesmas dari Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (P2JK) Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan.

Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi:

- 1) Pelindung : Sekretaris Daerah Provinsi
- 2) Penanggungjawab: Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
- 3) Pelaksana :
 - a) Ketua : Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi
 - b) Anggota : Seluruh Kepala Bidang pada Dinas Kesehatan Provinsi
 - c) Sekretariat :
 - Ketua : Salah satu Kepala Bidang yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi
 - Ketua Koordinator Bidang Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Pengelolaan Jamkesmas dan BOK
 - Ketua Koordinator Bidang Verifikasi dan Klaim Pengelolaan Jamkesmas dan BOK
 - Setiap Koordinator Bidang dibantu minimal 3 (tiga) orang staf
- a. Tugas Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi adalah:
 - 1) Melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat.
 - 2) Mempertanggungjawabkan manajemen penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
 - 3) Mengoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas.
 - 4) Melakukan pembinaan (koordinasi dan evaluasi) terhadap pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK di kabupaten/kota.
 - 5) Melatih tim pengelola Jamkesmas dan BOK tingkat kabupaten/kota.

- 6) Menyampaikan laporan dari hasil penyelenggaraan kegiatan Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat.
 - 7) Mengupayakan peningkatan dana untuk operasional Puskesmas dan manajemen Jamkesmas dan BOK dari sumber APBD.
 - 8) Mengoordinasikan manajemen administrasi keuangan Jamkesmas dan BOK.
 - 9) Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di wilayah kerjanya.
 - 10) Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan Tim Koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka sinkronisasi, harmonisasi, evaluasi, dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di provinsi.
 - 11) Membuat laporan secara berkala atas pelaksanaan Jamkesmas dan BOK di wilayah kerjanya kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat.
 - 12) Menangani penyelesaian keluhan dari para pihak.
 - 13) Memonitor pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang menyelenggarakan Jamkesmas di wilayah kerjanya.
 - 14) Meneruskan hasil rekrutmen PPK dari Dinkes Kabupaten/Kota ke Pusat.
 - 15) Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua hasil pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat.
3. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota
Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota dalam menjalankan tugas dan fungsinya terintegrasi menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Tim pengelola Jamkesmas sekaligus menjadi Tim Pengelola BOK.

Dalam melaksanakan kegiatan manajemen Jamkesmas dan BOK, Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK mendapat dukungan pembiayaan yang berasal dari dana manajemen BOK (bersumber dari dana Tugas Pembantuan Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA Kemenkes).

Sedangkan honor Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK, disediakan dari dana Dekonsentrasi Jamkesmas (untuk 5 orang dari Tim Pengelola) dan dari dana Tugas Pembantuan BOK (untuk 7 orang dari Tim Pengelola). Besaran dana disesuaikan dengan Standar Biaya Umum yang berlaku.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK secara serasi, harmoni, dan terintegrasi, maka pengorganisasian Jamkesmas dan BOK melibatkan seluruh struktur yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan demikian pengelolaannya tidak dilakukan oleh satu bidang saja di Dinas Kesehatan.

a. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota

1) Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai penanggung jawab pengelolaan Jamkesmas dan BOK membentuk Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota. Tugas Tim Pengelola Kabupaten/Kota terintegrasi meliputi seluruh kegiatan pengelolaan Jamkesmas (termasuk Jampersal) dan BOK.

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

- a) Pelindung : Sekretaris Daerah
- b) Penanggung Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- c) Pelaksana
 1. Ketua : Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 2. Anggota : Seluruh Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 3. Sekretariat :
 - Diketuai oleh salah satu Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, diutamakan bidang yang bertanggung jawab dalam Jaminan Kesehatan
 - Ketua Koordinator Bidang Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Pengelolaan Jamkesmas dan BOK
 - Ketua Koordinator Bidang Verifikasi dan Klaim Pengelolaan Jamkesmas dan BOK
 - Setiap Koordinator Bidang dibantu minimal 3 (tiga) orang staf

Tugas Sekretariat Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK secara keseluruhan sebagai pendukung (*supporting*) kelancaran pelaksanaan pengelolaan Jamkesmas dan BOK.

2) Tugas Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten/Kota

- a) Melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat.

- b) Mempertanggungjawabkan manajemen penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK secara keseluruhan di wilayah kerjanya.
- c) Melakukan pembinaan (koordinasi dan evaluasi) terhadap pelaksanaan kegiatan Jamkesmas dan BOK.
- d) Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK di wilayah kerjanya (termasuk pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan lanjutan).
- e) Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka evaluasi, monitoring, pembinaan dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- f) Mengoordinasikan manajemen pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- g) Melakukan sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- h) Melakukan monitoring, evaluasi, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- i) Melakukan telaah atas rencana kegiatan (POA) Jamkesmas dan BOK yang diusulkan Puskesmas.
- j) Menyalurkan dana kepada Puskesmas yang didasarkan atas usulan kegiatan Jamkesmas dan BOK yang disetujui dan ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan atau pejabat yang diberikan kewenangan oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- k) Melakukan verifikasi atas semua kegiatan Jamkesmas dan BOK yang dilaksanakan Puskesmas berdasarkan usulan kegiatan sebelumnya.
- l) Melakukan verifikasi dan membayar atas klaim yang diajukan oleh FASKES yang melaksanakan Jamkesmas pelayanan dasar dan Jaminan Persalinan.
- m) Menangani penyelesaian keluhan terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK.
- n) Melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan FASKES swasta yang berkeinginan menjadi jaringan pemberi pelayanan kesehatan Jaminan Persalinan di wilayah kerjanya.
- o) Selaku pembina verifikator independen melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikator independen di daerahnya, termasuk di dalamnya adalah melakukan evaluasi kinerja terhadap kegiatan verifikator independen.

- p) Mengupayakan peningkatan dana untuk operasional dan manajemen Puskesmas melalui BOK dan peningkatan dana kepesertaan Jaminan Kesehatan dari sumber APBD.
- q) Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan dan hasil kinerja kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat dengan tembusan ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat provinsi.
- r) Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jamkesmas dan BOK kepada Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Pusat melalui Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Provinsi.

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

2. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu:

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

3. Indikator Output

Untuk indikator Output yang diinginkan dari program ini yaitu:

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

B. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Tujuan pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggaraan Jamkesmas, sedangkan evaluasi dilakukan untuk mengetahui dan menilai pencapaian indikator keberhasilan.

2. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi

- a. Data kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesmas, pencatatan dan penanganan keluhan.
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta Jamkesmas ke FASKES tingkat pertama dan FASKES tingkat Lanjutan, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
- c. Pelaksanaan penyaluran dana ke FASKES tingkat pertama dan FASKES tingkat Lanjutan, serta verifikasi pertanggungjawaban dana di FASKES.
- d. Pelaksanaan dan Penerapan INA-CBGs di FASKES tingkat lanjutan.
- e. Pelaksanaan verifikasi kepesertaan dan penerbitan SKP oleh PT. Askes (Persero) serta penerbitan SJP oleh Rumah Sakit.
- f. Pengelolaan Jamkesmas di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota.

3. Mekanisme pemantauan dan evaluasi

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

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

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

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

C. PENANGANAN KELUHAN

Penyampaian keluhan atau pengaduan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima pelayanan, masyarakat pemerhati dan petugas pemberi pelayanan serta pelaksana penyelenggara program. Penyampaian keluhan atau pengaduan merupakan umpan balik bagi semua pihak untuk perbaikan program Jamkesmas.

Penanganan keluhan/pengaduan dilakukan dengan menerapkan prinsip-prinsip, sebagai berikut:

1. Semua keluhan/pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikannya.
2. Untuk menangani keluhan/pengaduan masyarakat dapat memanfaatkan unit yang telah ada di FASKES tingkat pertama dan lanjutan serta Dinas Kesehatan selaku Tim Pengelola.

Penanganan keluhan dilakukan secara berjenjang dari UPM yang telah ada di kabupaten/kota dan apabila belum terselesaikan dapat dirujuk ketingkat institusi yang lebih tinggi termasuk Pusat PJK/TP Jamkesmas Pusat.

D. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

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

E. PELAPORAN

Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi, sangat perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Program Jamkesmas secara rutin setiap bulan (sesuai format pelaporan pada Formulir 12).

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

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

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang belum mempunyai fasilitas internet tetap mengirimkan rekapitulasi laporan seluruh FASKES Jamkesmas ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi setiap tanggal 10 bulan berikutnya. Selanjutnya, Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK provinsi mengirimkan rekapitulasi laporan kabupaten/kota setiap tanggal 15 bulan yang sama ke Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat. Demikian juga, Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Pusat mengirimkan laporan rekapitulasi nasional setiap tanggal 20 bulan yang sama ke Menteri Kesehatan RI.

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

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

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

BAB VIII PENUTUP

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tersebar di seluruh Indonesia membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari Pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam konstitusi Negara Kesatuan Republik Indonesia. Penjaminan pelayanan kesehatan, utamanya terhadap masyarakat miskin akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik. Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin bersumber dari Pemerintah yang merupakan dana bantuan sosial, harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah.

Diharapkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya. 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 Maha Esa.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

FORMULIR 1

Jumlah Sasaran Penduduk Miskin Program Jamkesmas Kabupaten Kota tahun 2011

JUMLAH MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU PER PROPINSI/
KABUPATEN/KOTA
UNTUK JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN 2011

NO.	PROPINSI	JUMLAH RUMAH TANGGA MISKIN	JUMLAH ANGGOTA RUMAH TANGGA MISKIN
(1)	(2)	(4)	(5)
1	NANGROE ACEH DARUSALAM	497.038	2.682.285
2	SUMATERA UTARA	944.972	4.124.247
3	SUMATERA BARAT	312.640	1.361.281
4	RIAU	293.707	1.230.911
5	JAMBI	199.738	784.842
6	SUMATERA SELATAN	683.181	2.793.317
7	BENGKULU	163.936	632.098
8	LAMPUNG	785.041	3.146.184
9	BANGKA BELITUNG	33.652	116.726
10	KEPULAUAN RIAU	73.679	277.589
11	DKI JAKARTA	160.480	675.718
12	JAWA BARAT	2.905.217	10.700.175
13	JAWA TENGAH	3.171.201	11.715.881

14	DI YOGYAKARTA	275.110	942.129
15	JAWA TIMUR	3.236.880	10.710.051
16	BANTEN	702.049	2.910.506
17	BALI	147.044	548.617
18	NUSA TENGGARA BARAT	567.605	2.028.491
19	NUSA TENGGARA TIMUR	623.137	2.798.871
20	KALIMANTAN BARAT	360.905	1.584.451
21	KALIMANTAN TENGAH	197.473	763.556
22	KALIMANTAN SELATAN	245.948	843.837
23	KALIMANTAN TIMUR	228.095	910.925
24	SULAWESI UTARA	127.295	485.084
25	SULAWESI TENGAH	211.373	851.027
26	SULAWESI SELATAN	594.966	2.449.737
27	SULAWESI TENGGARA	281.340	1.144.447
28	GORONTALO	102.731	431.299
29	SULAWESI BARAT	111.902	473.817
30	MALUKU	182.841	840.680
31	MALUKU UTARA	65.354	302.436
32	IRIAN JAYA BARAT	127.518	521.558
33	PAPUA	486.857	1.943.517
	ANAK-ANAK TERLANTAR, PANTI JOMPO DAN MASYARAKAT TIDAK MEMILIKI KTP		2.673.710
	JUMLAH	19.100.905	76.400.000

**JUMLAH MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU PER PROPINSI/ KABUPATEN/KOTA
UNTUK JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN 2011**

NO.	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH RUMAH TANGGA MISKIN	JUMLAH ANGGOTA RUMAH TANGGA MISKIN
(1)	(2)	(3)	(4)
<i>1. NANGROE ACEH DARUSSALAM</i>			
1	Kota Banda Aceh	1.299	6.458
2	Kota Sabang	1.129	4.703
3	Kota Lhokseumawe	12.677	106.595
4	Kota Langsa	14.900	76.026
5	Kab. Aceh Utara	56.185	277.948
6	Kab. Aceh Barat	15.627	73.863
7	Kab. Aceh Selatan	28.728	132.414
8	Kab. Aceh Timur	46.863	227.234
9	Kab. Aceh Tengah	17.016	86.159
10	Kab. Aceh Tenggara	35.848	408.729
11	Kab. Aceh Besar	22.085	98.043
12	Kab. Aceh Singkil	24.176	132.945
13	Kota Subulussalam		
14	Kab. Pidie	67.520	292.811
15	Kab. Pidie Jaya		
16	Kab. Siemeuleu	15.181	68.217
17	Kab. Bireuen	40.855	191.742
18	Kab. Gayo Lues	15.384	95.603
19	Kab. Aceh Barat Daya	17.187	87.163
20	Kab. Aceh Tamiang	27.114	127.616
21	Kab. Nagan Raya	18.444	

			89.819
22	Kab. Aceh Jaya	6.788	33.960
23	Kab. Bener Meriah	12.032	64.237
	TOTAL	497.038	2.682.285
2. SUMATERA UTARA			
1.	Kota Medan	87.836	412.249
2	Kota Binjai	7.656	33.480
3	Kota Tebing Tinggi	5.263	23.919
4	Kota Pematang Siantar	11.908	53.950
5	Kota Tanjung Balai	9.269	45.065
6	Kota Sibolga	4.542	21.948
7	Kota Padang Sidempuan	10.305	46.842
8	Kab. Deli Serdang	92.180	377.561
9	Kab. Langkat	96.907	380.734
10	Kab. Karo	31.665	117.492
11	Kab. Simalungun	65.220	255.808
12	Kab. Dairi	30.311	137.138
13	Kab. Asahan	61.885	258.746
14	Kab. Batubara		
15	Kab. Labuhan Batu	57.333	233.773
16	Kab. Labuhanbatu Utara		
17	Kab. Labuhanbatu Selatan		
18	Kab. Tapanuli Utara	24.731	114.795
19	Kab. Tapanuli Tengah	35.861	164.770
20	Kab. Tapanuli Selatan	65.712	286.905
21	Kab. Padang Lawas		
22	Kab. Padang Lawas Utara		
23	Kab. Nias	61.660	332.051
24	Kab. Toba Samosir	18.529	82.031
25	Kab. Mandailing Natal	41.830	175.591

26	Kab. Humbang Hasudutan	15.705	74.218
27	Kab. Pakpak Barat	5.599	26.022
28	Kab. Nias Selatan	39.339	211.855
29	Kab. Samosir	17.164	76.900
30	Kab. Serdang Begadai	46.562	180.404
	TOTAL	944.972	4.124.247
<i>3. SUMATERA BARAT</i>			
1	Kota Padang	38.099	185.001
2	Kota Solok	2.424	10.825
3	Kota Sawah Lunto	2.290	9.003
4	Kota Padang Panjang	948	4.336
5	Kota Bukittinggi	4.092	18.126
6	Kota Payakumbuh	5.217	21.978
7	Kota Pariaman	2.998	16.252
8	Kab. Pesisir Selatan	41.414	182.123
9	Kab. Solok	25.089	110.931
10	Kab. Sawah Lunto	12.921	52.702
11	Kab. Tanah Datar	18.229	74.115
12	Kab. Padang Pariaman	24.683	118.490
13	Kab. Agam	23.417	101.841
14	Kab. 50 Kota	20.952	79.898
15	Kab. Pasaman	25.978	111.275
16	Kab. Kep. Mentawai	13.858	60.160
17	Kab. Solok Selatan	9.508	38.807
18	Kab. Dharmas Raya	8.421	32.032
19	Kab. Pasaman Barat	32.102	133.386
	TOTAL	312.640	1.361.281
<i>4. RIAU</i>			
1	Kota Pekanbaru		

		19.101	87.323
2	Kota Dumai	9.824	43.251
3	Kab. Indragiri Hulu	28.419	117.886
4	Kab. Indragiri Hilir	54.731	233.953
5	Kab. Kampar	32.094	129.486
6	Kab. Bangkalis	44.294	196.159
7	Kab. Pelalawan	15.318	58.344
8	Kab. Rokan Hulu	27.426	104.265
9	Kab. Rokan Hilir	28.042	124.016
10	Kab. Siak	16.687	68.836
11	Kab. Kuantan Sengingi	17.771	67.392
	TOTAL	293.707	1.230.911
<i>5. KEPULAUAN RIAU</i>			
1	Kota Batam	33.408	127.732
2	Kota Tanjung Pinang	6.376	25.988
3	Kab. Bintan (Kab. Kep. Riau)	10.211	37.568
4	Kab. Karimun	7.717	30.373
5	Kab. Natuna	8.820	31.136
6	Kabupaten Kepulauan Anambas		
7	Kab. Lingga	7.147	24.792
	TOTAL	73.679	277.589
<i>6. JAMBI</i>			
1	Kota Jambi	21.258	92.902
2	Kab. Kerinci	27.418	98.907
3	Kota Sungai Penuh		
4	Kab. Merangin	22.120	86.949
5	Kab. Batang Hari	17.473	69.032
6	Kab. Tanjung Jabung Barat	17.941	72.937
7	Kab. Bungo	16.791	63.886
8	Kab. Sarolangun		

		21.370	85.908
9	Kab. Tebo	16.229	62.436
10	Kab. Muaro Jambi	19.495	76.004
11	Kab. Tanjung Jabung Timur	19.643	75.881
	TOTAL	199.738	784.842
7. SUMATERA SELATAN			
1	Kota Palembang	99.396	465.695
2	Kota Prabumulih	8.599	35.099
3	Kota Lubuk Linggau	12.710	50.957
4	Kota Pagar Alam	9.211	37.007
5	Kab. OKU	26.932	107.544
6	Kab. OKI	89.767	356.373
7	Kab. Muara Enim	54.165	219.651
8	Kab. Lahat	57.980	229.117
9	Kab. Empat Lawang		
10	Kab. Musi Rawas	54.102	204.731
11	Kab. Musi Banyuasin	35.515	144.997
12	Kab. Banyuasin	91.172	362.766
13	Kab. Ogan Ilir	46.251	191.612
14	Kab. OKU Timur	61.604	235.457
15	Kab. OKU Selatan	35.777	152.311
	TOTAL	683.181	2.793.317
8. BANGKA BELITUNG			
1	Kota Pangkal Pinang	3.833	14.784
2	Kab. Bangka	7.176	25.194
3	Kab. Belitung	5.901	20.495
4	Kab. Bangka Barat	4.169	13.803
5	Kab. Bangka Tengah	2.927	9.322
6	Kab. Bangka Selatan	4.894	16.898

7	Kab. Belitung Timur	4.752	16.230
	TOTAL	33.652	116.726
<i>9. BENGKULU</i>			
1	Kota Bengkulu	18.912	49.892
2	Kab. Bengkulu Utara	39.372	150.554
3	Kab. Bengkulu Tengah		
4	Kab. Bengkulu Selatan	13.242	59.077
5	Kab. Rejang Lebong	20.350	76.394
6	Kab. Lebong	9.243	35.564
7	Kab. Seluma	20.087	88.763
8	Kab. Kaur	19.944	83.116
9	Kab. Muko-Muko	11.327	43.703
10	Kab. Kepahyang	11.459	45.035
	TOTAL	163.936	632.098
<i>10. LAMPUNG</i>			
1	Kota Bandar Lampung	59.183	263.411
2	Kota Metro	7.419	29.568
3	Kab. Lampung Utara	69.734	291.231
4	Kab. Lampung Barat	49.506	207.028
5	Kab. Lampung Selatan	172.155	681.283
6	Kab. Pesawaran		
7	Kab. Lampung Timur	99.633	376.961
8	Kab. Lampung Tengah	113.634	426.181
9	Kab. Tanggamus	84.713	359.116
10	Kab. Pringsewu		
11	Kab. Tulang Bawang	81.154	321.295
12	Kabupaten Mesuji		
13	Kab. Tulang Bawang Barat		
14	Kab. Way Kanan	47.910	190.110
	TOTAL	785.041	3.146.184

11. DKI JAKARTA			
1	Kod. Jakarta Utara	55.249	234.697
2	Kod. Jakarta Barat	30.320	127.048
3	Kod. Jakarta Selatan	11.377	49.818
4	Kod. Jakarta Timur	39.768	167.367
5	Kod. Jakarta Pusat	22.723	92.906
6	Kab. Kep. Seribu	1.043	3.882
	TOTAL	160.480	675.718
12. JAWA BARAT			
1	Kota Bandung	84.287	346.230
2	Kota Bogor	41.398	173.968
3	Kota Cirebon	15.024	68.942
4	Kota Sukabumi	12.346	46.530
5	Kota Bekasi	38.109	155.488
6	Kota Tasikmalaya	39.448	153.197
7	Kota Cimahi	21.937	85.178
8	Kota Depok	32.085	137.221
9	Kota Banjar	10.908	36.100
10	Kab. Bogor	256.929	1.149.508
11	Kab. Sukabumi	228.395	820.804
12	Kab. Cianjur	196.166	693.654
13	Kab. Bandung	280.682	1.065.345
14	Kab. Bandung Barat		
15	Kab. Garut	221.148	822.923
16	Kab. Tasikmalaya	143.098	475.831
17	Kab. Ciamis	118.705	356.213
18	Kab. Kuningan	84.446	305.834
19	Kab. Cirebon	203.137	816.993
20	Kab. Majalengka	115.339	384.820

21	Kab. Sumedang	82.719	260.830
22	Kab. Indramayu	169.701	570.219
23	Kab. Subang	147.554	455.750
24	Kab. Purwakarta	58.461	207.058
25	Kab. Karawang	191.618	684.638
26	Kab. Bekasi	111.577	426.901
	TOTAL	2.905.217	10.700.175
<i>13. BANTEN</i>			
1	Kota Tangerang	31.254	134.438
2	Kota Cilegon	20.902	91.867
3	Kab. Serang	131.231	561.079
4	Kota Serang		
5	Kab. Lebak	146.723	590.910
6	Kab. Pandeglang	117.454	466.880
7	Kab. Tangerang	254.485	1.065.332
8	Kab. Tangerang Selatan		
	TOTAL	702.049	2.910.506
<i>14. JAWA TENGAH</i>			
1	Kota Semarang	82.665	306.700
2	Kota Magelang	6.894	26.031
3	Kota Surakarta	26.526	100.019
4	Kota Salatiga	9.136	34.617
5	Kota Pekalongan	22.910	100.073
6	Kota Tegal	15.963	62.769
7	Kab. Cilacap	170.456	658.520
8	Kab. Banyumas	173.487	658.945
9	Kab. Purbalingga	105.695	420.972
10	Kab. Banjarnegara	112.984	444.001
11	Kab. Kebumen	132.363	530.764

12	Kab. Purworejo	66.576	238.603
13	Kab. Wonosobo	85.766	321.935
14	Kab. Magelang	120.487	447.458
15	Kab. Boyolali	95.123	328.890
16	Kab. Klaten	120.029	396.488
17	Kab. Sukoharjo	73.403	275.262
18	Kab. Wonogiri	86.354	331.140
19	Kab. Karanganyar	68.068	258.672
20	Kab. Sragen	87.626	296.167
21	Kab. Grobogan	168.479	547.709
22	Kab. Blora	90.278	296.916
23	Kab. Rembang	72.827	247.814
24	Kab. Pati	126.366	394.137
25	Kab. Kudus	35.540	127.653
26	Kab. Jepara	81.093	265.002
27	Kab. Demak	117.506	393.527
28	Kab. Semarang	74.976	266.589
29	Kab. Temanggung	61.672	230.521
30	Kab. Kendal	73.745	246.666
31	Kab. Batang	79.334	313.834
32	Kab. Pekalongan	93.085	396.067
33	Kab. Pemasang	115.308	509.097
34	Kab. Tegal	89.851	374.562
35	Kab. Brebes	228.630	867.761
	TOTAL	3.171.201	11.715.881
<i>15. DI. YOGYAKARTA</i>			
1	Kota Yogyakarta	19.681	68.456
2	Kab. Kulon Progo	42.345	141.893
3	Kab. Bantul	64.386	222.987

4	Kab. Gunung Kidul	95.722	340.635
5	Kab. Sleman	52.976	168.158
	TOTAL	275.110	942.129
<i>16. JAWA TIMUR</i>			
1	Kota Surabaya	121.145	458.622
2	Kota Kediri	10.375	37.216
3	Kota Blitar	4.689	16.633
4	Kota Malang	24.272	94.655
5	Kota Probolinggo	8.921	28.986
6	Kota Pasuruan	7.749	27.892
7	Kota Mojokerto	4.984	17.912
8	Kota Madiun	6.318	20.861
9	Kota Batu	6.005	19.797
10	Kab. Pacitan	54.252	187.192
11	Kab. Ponorogo	98.102	340.056
12	Kab. Trenggalek	73.009	252.706
13	Kab. Tulungagung	70.157	217.655
14	Kab. Blitar	78.181	253.118
15	Kab. Kediri	106.572	357.829
16	Kab. Malang	163.910	568.587
17	Kab. Lumajang	85.825	277.807
18	Kab. Jember	239.596	695.360
19	Kab. Banyuwangi	157.353	463.211
20	Kab. Bondowoso	159.798	426.247
21	Kab. Situbondo	105.581	266.379
22	Kab. Probolinggo	138.382	421.795
23	Kab. Pasuruan	127.745	411.061
24	Kab. Sidoarjo	53.043	185.430
25	Kab. Mojokerto	62.763	210.949

26	Kab. Jombang	78.044	255.130
27	Kab. Nganjuk	91.175	310.239
28	Kab. Madiun	61.771	186.934
29	Kab. Magetan	39.737	123.728
30	Kab. Ngawi	90.897	275.284
31	Kab. Lamongan	111.809	434.383
32	Kab. Gresik	58.057	223.551
33	Kab. Bangkalan	93.356	365.953
34	Kab. Sampang	153.733	632.280
35	Kab. Pamekasan	95.105	364.408
36	Kab. Sumenep	128.794	358.359
37	Kab. Bojonegoro	163.469	576.927
38	Kab. Tuban	102.206	344.919
	TOTAL	3.236.880	10.710.051
<i>17. BALI</i>			
1	Kota Denpasar	4.159	17.366
2	Kab. Jemberana	6.998	23.206
3	Kab. Tabanan	11.672	42.558
4	Kab. Badung	5.201	19.337
5	Kab. Gianyar	7.629	30.315
6	Kab. Klungkung	8.460	31.319
7	Kab. Bangli	13.191	47.941
8	Kab. Karangasem	41.826	159.070
9	Kab. Buleleng	47.908	177.505
	TOTAL	147.044	548.617
<i>18. NUSA TENGGARA BARAT</i>			
1	Kota Mataram	21.723	80.433
2	Kota Bima	9.673	35.124
3	Kab. Lombok Barat	121.610	433.967

4	Kab. Lombok Utara		
5	Kab. Lombok Tengah	129.915	439.932
6	Kab. Lombok Timur	145.767	511.650
7	Kab. Sumbawa	46.093	174.565
8	Kab. Dompu	30.631	118.669
9	Kab. Bima	52.454	197.814
10	Kab. Sumbawa Barat	9.739	36.337
	TOTAL	567.605	2.028.491
<i>19. NUSA TENGGARA TIMUR</i>			
1	Kota Kupang	23.444	107.869
2	Kab. Sumba Barat	71.707	366.937
3	Kab. Sumba Barat Daya		
4	Kab. Sumba Tengah		
5	Kab. Sumba Timur	34.901	149.735
6	Kab. Kupang	65.532	270.781
7	Kab. Timur Tengah Selatan	67.291	262.750
8	Kab. Timur Tengah Utara	30.575	126.183
9	Kab. Lembata	15.675	58.813
10	Kab. Belu	54.224	257.085
11	Kab. Alor	28.924	132.454
12	Kab. Flores Timur	21.342	92.508
13	Kab. Sikka	34.014	153.469
14	Kab. Ende	29.229	131.204
15	Kab. Ngada	22.950	113.369
16	Kab. Nagekeo		
17	Kab. Manggarai	72.948	355.581
18	Kab. Manggarai Timur		
19	Kab. Rote Ndao	22.693	86.816
20	Kab. Manggarai Barat	27.688	133.317

	TOTAL	623.137	2.798.871
<i>20. KALIMANTAN BARAT</i>			
1	Kota Pontianak	19.849	94.582
2	Kota Singkawang	14.062	63.899
3	Kab. Sambas	33.657	139.496
4	Kab. Pontianak	74.008	330.959
5	Kab. Kubu Raya		
6	Kab. Sanggau	31.570	135.924
7	Kab. Sekadau	13.441	60.593
8	Kab. Ketapang	45.438	181.103
9	Kab. Kayong Utara		
10	Kab. Sintang	33.620	142.141
11	Kab. Melawi	14.835	58.056
12	Kab. Kapuas Hulu	23.464	91.823
13	Kab. Bengkayang	16.884	78.428
14	Kab. Landak	40.077	207.447
	TOTAL	360.905	1.584.451
<i>21. KALIMANTAN TENGAH</i>			
1	Kota Palangkaraya	15.245	60.194
2	Kab. Kotawaringin Barat	11.303	43.729
3	Kab. Kotawaringin Timur	29.698	114.261
4	Kab. Kapuas	42.660	170.841
5	Kab. Barito Selatan	12.731	48.354
6	Kab. Barito Utara	16.566	58.015
7	Kab. Murung Raya	9.793	36.959
8	Kab. Barito Timur	6.477	22.700
9	Kab. Gunung Mas	7.487	32.086
10	Kab. Pulang Pisau	16.264	67.563

11	Kab. Katingan	13.798	52.967
12	Kab. Seruyan	7.349	27.143
13	Kab. Sukamara	2.655	10.541
14	Kab. Lamandau	5.447	18.203
	TOTAL	197.473	763.556
22. KALIMANTAN SELATAN			
1	Kota Banjarmasin	39.346	146.402
2	Kota Banjar Baru	7.070	25.223
3	Kab. Tanah Laut	16.197	54.819
4	Kab. Kota Baru	16.589	57.891
5	Kab. Banjar	34.142	119.309
6	Kab. Barito Kuala	27.530	96.613
7	Kab. Tapin	14.599	47.448
8	Kab. Hulu Sungai Selatan	17.900	56.141
9	Kab. Hulu Sungai Tengah	21.433	67.339
10	Kab. Hulu Sungai Utara	16.815	57.490
11	Kab. Tabalong	11.348	37.054
12	Kab. Balangan	8.571	26.043
13	Kab. Tanah Bumbu	14.408	52.065
	TOTAL	245.948	843.837
23. KALIMANTAN TIMUR			
1	Kota Samarinda	30.880	121.420
2	Kota Balik Papan	8.278	27.716
3	Kota Tarakan	6.521	31.098
4	Kota Bontang	8.357	36.362
5	Kab. Pasir	24.459	92.700
6	Kab. Kutai Kertanegara	45.679	178.969
7	Kab. Berau	13.018	53.234

8	Kab. Bulungan	12.516	52.899
9	Kab. Tana Tidung		
10	Kab. Malinau	9.358	38.942
11	Kab. Nunukan	13.996	61.388
12	Kab. Kutai Barat	14.824	59.327
13	Kab. Kutai Timur	25.230	98.234
14	Kab. Penajam Paser Utara	14.979	58.636
	TOTAL	228.095	910.925
<i>24. SULAWESI UTARA</i>			
1	Kota Manado	15.739	60.406
2	Kota Bitung	7.180	29.166
3	Kota Tomohon	4.901	18.798
4	Kab. Sangihe	17.000	63.006
5	Kab. Kep. Sitaro		
6	Kab. Talaud	10.689	41.834
7	Kab. Minahasa	17.032	59.343
8	Kab. Minahasa Utara	12.411	46.916
9	Kab. Bolaang Mongondow	27.662	110.954
10	Kab. Bolaang Mongondow Timur		
11	Kab. Bolaang Mongondow Selatan		
12	Kab. Bolaang Mongondow Utara		
13	Kota Kotamobagu		
14	Kab. Minahasa Selatan	14.681	54.661
15	Kab. Minahasa Tenggara		
	TOTAL	127.295	485.084
<i>25. GORONTALO</i>			
1	Kota Gorontalo	13.306	57.617
2	Kab. Gorontalo	40.693	172.629
3	Kab. Gorontalo Utara		
4	Kab. Boalemo	15.045	60.048

5	Kab. Bone Bolango	15.582	67.490
6	Kab. Pohuwato	18.105	73.515
	TOTAL	102.731	431.299
<i>26. SULAWESI TENGAH</i>			
1	Kota Palu	13.376	56.406
2	Kab. Banggai	20.501	77.200
3	Kab. Poso	20.749	81.660
4	Kab. Tojo Unauna	16.797	67.732
5	Kab. Donggala	50.378	205.882
6	Kab. Sigi		
7	Kab. Toli-toli	18.901	75.037
8	Kab. Buol	11.857	51.698
9	Kab. Morowali	17.838	69.428
10	Kab. Banggai Kepulauan	13.958	53.510
11	Kab. Parigi Moutong	27.018	112.474
	TOTAL	211.373	851.027
<i>27. SULAWESI SELATAN</i>			
1	Kota Makassar	70.160	336.004
2	Kota Pare Pare	6.265	26.170
3	Kota Palopo	9.421	44.226
4	Kab. Bulukumba	23.047	83.473
5	Kab. Bantaeng	22.518	90.647
6	Kab. Jeneponto	47.850	202.327
7	Kab. Takalar	27.468	108.416
8	Kab. Gowa	64.731	264.352
9	Kab. Sinjai	16.268	65.453
10	Kab. Bone	37.427	137.214
11	Kab. Maros	21.891	88.707
12	Kab. Pangkep	27.531	106.896

13	Kab. Barru	12.367	44.501
14	Kab. Soppeng	10.323	33.259
15	Kab. Wajo	21.474	75.831
16	Kab. Sidrap	19.354	71.636
17	Kab. Pinrang	20.586	78.500
18	Kab. Enrekang	12.306	52.231
19	Kab. Luwu	35.778	166.575
20	Kab. Luwu Timur	14.394	60.305
21	Kab. Luwu Utara	21.347	89.208
22	Kab. Tana Toraja	42.187	188.853
23	Kab. Toraja Utara		
24	Kab. Selayar	10.273	34.953
	TOTAL	594.966	2.449.737
<i>28. SULAWESI BARAT</i>			
1	Kab. Polmas	33.977	138.913
2	Kab. Majene	18.488	80.403
3	Kab. Mamuju	28.631	123.356
4	Kab. Mamuju Utara	7.116	30.254
5	Kab. Mamasa	23.690	100.891
	TOTAL	111.902	473.817
<i>29. SULAWESI TENGGARA</i>			
1	Kota Kendari	20.734	88.691
2	Kota Bau-Bau	16.057	65.274
3	Kab. Buton	41.197	174.215
4	Kab. Buton Utara		
5	Kab. Muna	46.918	185.467
6	Kab. Kolaka	29.555	122.493
7	Kab. Konawe	51.987	211.142
8	Kab. Konawe Selatan	35.351	144.187

9	Kab. Konawe Utara		
10	Kab. Bombana	13.094	51.367
11	Kab. Wakatobi	15.922	56.848
12	Kab. Kolaka Utara	10.525	44.763
	TOTAL	281.340	1.144.447
<i>30. MALUKU</i>			
1	Kota Ambon	18.400	84.874
2	Kab. Maluku Tengah	47.499	216.115
3	Kab. Pulau Buru	21.693	92.843
4	Kab. Buru Selatan		
5	Kab. Maluku Tenggara	24.811	116.319
6	Kab. Maluku Barat Daya		
7	Kota Tual		
8	Kab. Maluku Tenggara Barat	23.874	112.774
9	Kab. Seram Bagian Barat	24.885	117.176
10	Kab. Seram Bagian Timur	12.903	60.993
11	Kab. Kep. Aru	8.776	39.586
	TOTAL	182.841	840.680
<i>31. MALUKU UTARA</i>			
1	Kota Ternate	3.915	18.786
2	Kota Tidore	3.396	15.163
3	Kab. Halmahera Tengah	4.517	21.606
4	Kab. Halmahera Barat	11.306	48.983
5	Kab. Halmahera Utara	16.194	76.102
6	Kab. Morotai		
7	Kab. Halmahera Selatan	10.357	50.719
8	Kab. Halmahera Timur	6.550	28.802
9	Kab. Kep. Sula	9.119	42.275
	TOTAL	65.354	302.436
<i>32. PAPUA</i>			

1	Kota Jayapura	24.916	102.612
2	Kab. Jayapura	22.342	92.575
3	Kab. Dogiyai		
4	Kab. Sarmi	8.590	35.614
5	Kab. Mamberamo Raya		
6	Kab. Kerom	10.173	38.428
7	Kab. Jayawijaya	90.686	336.386
8	Kab. Lanny Jaya		
9	Kab. Mamberamo Tengah		
10	Kab. Nduga		
11	Kab. Yalimo		
12	Kab. Pegunungan Bintang	16.683	60.780
13	Kab. Yahukimo	35.198	134.612
14	Kab. Tolikara	16.246	67.589
15	Kab. Puncak Jaya	33.158	129.772
16	Kab. Puncak		
17	Kab. Merauke	32.738	131.992
18	Kab. Bovendigoel	9.179	38.104
19	Kab. Asmat	18.944	74.889
20	Kab. Mappi	18.383	79.830
21	Kab. Yapen Waropen	17.300	77.547
22	Kab. Waropen	6.430	27.186
23	Kab. Biak Numfor	23.560	96.933
24	Kab. Supiori	2.884	12.916
25	Kab. Nabire	35.072	136.375
26	Kab. Paniai	35.040	150.462
27	Kab. Mimika	29.335	118.915
	TOTAL	486.857	1.943.517
33. IRIAN JAYA BARAT			
1	Kota Sorong	19.284	89.049

2	Kab. Sorong	15.846	61.605
3	Kab. Maybrat		
4	Kab. Tambrauw		
5	Kab. Sorong Selatan	11.835	49.853
6	Kab. Raja Ampat	6.246	28.416
7	Kab. Manokwari	43.572	162.969
8	Kab. Teluk Bintuni	8.978	35.765
9	Kab. Teluk Wondama	3.777	16.052
10	Kab. Fak Fak	11.058	47.455
11	Kab. Kaimana	6.922	30.394
483	TOTAL	127.518	521.558

FORMULIR 2

Diagnosis Gawat Darurat

Yang termasuk dalam diagnosa Gawat Darurat adalah sebagai berikut:

No.	Bagian	Diagnosa
I	Anak	Anemia sedang/berat
		Apnea/gasping
		Asfiksia neonatorum
		Bayi ikhterus, anak ikhterus
		Bayi kecil/premature
		Cardiac arrest/payah jantung
		Cyanotic Spell (penyakit jantung)
		Diare profus (>10/hari) disertai dehidrasi ataupun tidak
		Difteri
		Ditemukan bising jantung, aritmia
		Endema/bengkak seluruh badan
		Epistaksis, tanda pendarahan lain disertai febris
		Gagal Ginjal Akut
		Gagal Nafas Akut
		Gangguan kesadaran, fungsi vital masih baik
		Hematuri
		Hipertensi berat
Hipotensi/syok ringan s/d sedang		

			Intoxicasi (minyak tanah, baygon) keadaan umum masih baik
			Intoxicasi disertai gangguan fungsi vital (minyak tanah, baygon)
			Kejang disertai penurunan kesadaran
			Muntah profus (>6/hari) disertai dehidrasi ataupun tidak
			Panas tinggi >40°C
			Resusitasi cairan
			Sangat sesak, gelisah, kesadaran menurun, sianosis ada retraksi hebat (penggunaan otot pernafasan sekunder)
			Sering kencing, kemungkinan diabetes
			Sesak tapi kesadaran dan keadaan umum masih baik
			Shock berat (profound) : Nadi tak teraba, tekanan darah terukur
			Tetanus
			Tidak kencing > 8jam
			Tifus abdominalis dengan komplikasi
II	Bedah	1	Abses cerebri
		2	Abses sub mandibula
		3	Amputasi penis
		4	Anuria
		5	Apendicitis acuta
		6	Astresia ani (Anus malformasi)
		7	Akut Abdomen
		8	BPH dengan retensio urine
		9	Cedera kepala berat
		10	Cedera kepala sedang
		11	Cedera tulang belakang (vertebral)
		12	Cedera wajah dengan gangguan jalan nafas
		13	Cedera wajah tanpa gangguan jalan nafas antara lain :
			a. Patah tulang hidung/nasal terbuka

			dan tertutup b. Patah tulang pipi (zygoma) terbuka dan tertutup
			c. Patah tulang rahang (maxilla dan mandibula) terbuka dan tertutup d. Luka terbuka daerah wajah
		14	Cellulitis
		15	Cholesistitis acut
		16	Corpus Alienum pada : a. Intra cranial b. Leher c. Thorax d. Abdomen e. Anggota gerak f. Genetalia
		17	CVA Bleeding
		18	Dislokasi persendian
		19	Drowning
		20	Flail chest
		21	Fraktur tulang kepala
		22	Gastroskikis
		23	Gigitan binatang/manusia
		24	Hanging
		25	Hematothorax dan pneumothorax
		26	Hematuria
		27	Hemoroid Grade IV (dengan tanda strangulasi)
		28	Hernia incarcerate
		29	Hidrocephalus dengan TIK meningkat
		30	Hirschprung disease
		31	Ileus obstruksi
		32	Internal bleeding
		33	Luka bakar
		34	Luka terbuka daerah abdomen
		35	Luka terbuka daerah kepala
		36	Luka terbuka daerah thorax
		37	Meningokel/myelokel pecah
		38	Multiple trauma
		39	Omfalokel pecah
		40	Pancreatitis acut
		41	Patah tulang dengan dugaan cedera pembuluh darah

		42	Patah tulang iga multiple
		43	Patah tulang leher
		44	Patah tulang terbuka
		45	Patang tulang tertutup
		46	Periappendiculla infiltrate
		47	Peritonitis generalisata
		48	Phlegmon dasar mulut
		49	Priapismus
		50	Prolaps rekti
		51	Rectal bleeding
		52	Ruptur otot dan tendon
		53	Strangulasi penis
		54	Syok Neuroragik
		55	Tension pneumothorax
		56	Tetanus generalisata
		57	Tenggelm
		58	Torsio testis
		59	Tracheo esophagus fistel
		60	Trauma tajam dan tumpul daerah leher
		61	Trauma tumpul abdomen
		62	Trauma toraks
		63	Trauma muskuloskeletal
		64	Trauma spiral
		65	Traumatik amputasi
		66	Tumor otak dengan penurunan kesadaran
		67	Unstable pelvis
		68	Urosepsi
III	Kardiovaskuler	1	Aritmia
		2	Aritmia dan shock
		3	Angina pectoris
		4	Cor pulmonale decompensata yang akut
		5	Edema paru akut
		6	Henti jantung
		7	Hipertensi berat dengan komplikasi (Hipertensi encephalopati, CVA)
		8	Infark Miokard dengan komplikasi (shock)
		9	Kelainan jantung bawaan dengan gangguan ABC (Airway Breathing Circulation)

		10	Kelainan katup jantung dengan gangguan ABC (Airway Breathing Circulation)
		11	Krisis hipertensi
		12	Miokarditis dengan shock
		13	Nyeri dada
		14	PEA (Pulseless Electrical Activity) dan Asistol
		15	Sesak nafas karena payah jantung
		16	Syndrome koroner akut
		17	Syncope karena penyakit jantung
IV	Kebidanan		Abortus
			Atonia Uteri
			Distosia bahu
			Eklamsia
			Ekstraksi Vacum
			Infeksi Nifas
			Kehamilan Ektopik Terganggu
			Perdarahan Antepartum
			Perdarahan Postpartum
			Perlukaan Jalan Lahir
			Pre Eklampsia & Eklampsia
			Sisa Plasenta
V	Mata	1	Benda asing di kornea mata/kelopak mata
		2	Blenorrhoe/Gonoblenorrhoe
		3	Dakriosistisis akut
		4	Endofalmitis/panofalmitis
		5	Glaukoma : a. Akut b. Sekunder
		6	Penurunan tajam penglihatan mendadak :

			a. Ablasio retina b. CRAO c. Vitreous Bleeding
		7	Sellulitis Orbita
		8	Semua kelainan kornea mata : a. Erosi
			b. Ulkus/abses c. Descemetolis
		9	Semua trauma mata : a. Trauma tumpul b. Trauma fotoelektrik/radiasi
			c. Trauma tajam/tajam tembus
		10	Trombosis sinus kavernosis
		11	Tumor orbita dengan pendarahan
		12	Uveitis/Skleritis/Iritasi
VI	Paru-Paru	1	Asma bronchitis moderat severe
		2	Aspirasi pneumonia
		3	Emboli paru
		4	Gagal nafas
		5	Injury paru
		6	Massive hemoptisis
		7	Massive pleural effusion
		8	Oedema paru non cardiogenic
		9	Open/closed pneumotorrax
		10	P.P.O.M Exacerbasi akut
		11	Pneumonia sepsis
		12	Pneumothorax ventil
		13	Recurrent Haemoptoe
		14	Status asmaticus
		15	Tenggelam
VII	Penyakit Dalam	1	Demam berdarah dengue
		2	Demam Tifoid
		3	Difteri
		4	Disequilibrium pasca HD
		5	Gagal Ginjal Akut
		6	GEA dan dehidrasi
		7	Hematemesis melena
		8	Hematochezia
		9	Hipertensi maligna
		10	Intoksikasi Opiat

		11	Keracunan makanan
		12	Keracunan obat
		13	Koma metabolic
		14	Keto Acidosis Diabetikum (KAD)
		15	Leptospirosis
		16	Malaria
		17	Obsevasi Syol
VIII	THT	1	Abses dibidang THT & kepala-leher
		2	Benda asing laring/trakea/bronkus, dan benda asing tenggorokan
		3	Benda asing telinga dan hidung
		4	Disfagia
		5	Obstruksi saluran nafas atas Gr. II/III Jackson
		6	Obtruksi saluran nafas atas Gr. IV Jackson
		7	Otalgia akut (apapun penyebabnya)
		8	Parese fasilitas akut
		9	Pendarahan dibidang THT
		10	Syok karena kelainan di bidang THT
		11	Trauma (akut) dibidang THT & kepala-leher
		12	Tuli mendadak
		13	Vertigo (berat)
IX	Psikiatri	1	Gangguan Panik
		2	Gangguan Psikotik
		3	Gangguan Konversi
		4	Gaduh Gelisah

FORMULIR 3

Contoh Perjanjian Kerjasama antara Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Rumah Sakit/Balai Kesehatan Masyarakat tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jamkesmas Tahun...

CONTOH

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DENGAN
RUMAH SAKIT/BALAI

TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN

Nomor :

Nomor :

Pada hari ini tanggal..... bulan tahun dua ribu delapan , yang bertanda tangan dibawah ini :

1., Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berkedudukan dan berkantor di, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor tanggal..... dan atas nama Menteri Kesehatan sebagaimana keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor(contoh: 316/Menkes/SK/V/2009 tanggal 1 Mei 2009) tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Tahun yang untuk selanjutnya disebut sebagai "PIHAK PERTAMA";
2., Direktur Rumah Sakit/Kepala Balai yang berkedudukan dan berkantor di Jalandalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan yang untuk selanjutnya disebut sebagai "PIHAK KEDUA".

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA secara bersama-sama di sebut " PARA PIHAK" dan secara sendiri-sendiri disebut " PIHAK" .

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA mengadakan perjanjian kerja sama (selanjutnya disebut "Perjanjian") dengan ketentuan–ketentuan sebagaimana diatur lebih lanjut dalam Perjanjian ini.

PASAL 1
PENUNJUKAN

PIHAK PERTAMA menunjuk PIHAK KEDUA untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta JAMKESMAS meliputi rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL), pelayanan gawat darurat, dan “*one day care (odc)*” sesuai dengan kebutuhan medis dan ketentuan pelayanan medis bagi peserta JAMKESMAS Tahun (contoh : 2008 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 tanggal 1 Mei 2009, tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009), dan PIHAK KEDUA menerima penunjukan tersebut.

PASAL 2
MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud dari Perjanjian ini adalah sebagai dasar pelaksanaan bersama PARA PIHAK dalam memberikan Pelayanan Kesehatan kepada peserta JAMKESMAS Tahun 2009 sesuai surat keputusan tentang peserta yang ditetapkan oleh bupati/walikota berdasarkan kuota Menteri Kesehatan
2. Tujuan Perjanjian ini adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya kepada peserta JAMKESMAS Tahun

PASAL 3
RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

1. *Ruang lingkup pelayanan kesehatan oleh PIHAK KEDUA dalam Perjanjian ini meliputi prosedur pelayanan kesehatan, tatalaksana pelayanan kesehatan, jenis pelayanan kesehatan dan pemberian resep obat sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS tahun (SK Menkes Nomor: 316/Menkes/SK/V/2009) dan ketentuan-ketentuan lain yang berlaku.*
2. *Apabila PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan diluar ketentuan pasal 3 ayat 1, maka biaya pelayanan tersebut menjadi tanggung jawab PIHAK KEDUA (atau Pemerintah Daerah).*

PASAL 4
HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK PERTAMA

1. PIHAK PERTAMA berhak :
 - a. Menempatkan verifikator untuk melakukan verifikasi atas manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan, dan manajemen keuangan pemberian pelayanan kesehatan dan kesesuaian besarnya klaim biaya yang akan di bayarkan oleh Departemen Kesehatan kepada PIHAK KEDUA.
 - b. Memperoleh laporan pelayanan dan tembusan berkas klaim dari PIHAK KEDUA
 - c. Menerima keluhan dari peserta JAMKESMAS tahun 2009 dan meneruskan keluhan tersebut kepada PIHAK KEDUA sepanjang hal tersebut menyangkut pelayanan.
 - d. Memperoleh laporan pelayanan JAMKESMAS dari PIHAK PERTAMA

2. PIHAK PERTAMA berkewajiban:
 - a. Melakukan pengaturan penempatan terhadap verifikator yang ditugaskan kepada PIHAK KEDUA
 - a. Melakukan pengawasan terhadap verifikator dalam melaksanakan tugasnya
 - b. Menyelesaikan perbedaan pendapat/perselisihan antara verifikator dengan PIHAK KEDUA bersama pihak terkait atau meneruskan ke tingkat provinsi.
 - c. Melakukan monitoring dan evaluasi keuangan/pembiayaan pelayanan kesehatan yang diterima oleh PIHAK KEDUA dari Departemen Kesehatan.
 - d. Melakukan penanganan keluhan yang diajukan oleh PPK.
 - e. Bersama PIHAK KEDUA, melakukan sosialisasi Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun

PASAL 5

HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK KEDUA

1. PIHAK KEDUA berhak :
 - a. Memperoleh pembayaran dari Departemen Kesehatan atas biaya pelayanan yang telah dilaksanakan terhadap peserta sesuai Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS tahun
 - b. Mengajukan klaim tagihan atas biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JAMKESMAS tahun
 - c. Melakukan klarifikasi jika terdapat perbedaan antara klaim tagihan biaya dan realisasi pembayaran klaim.
 - d. Memperoleh umpan balik atas hasil monitoring dan evaluasi tentang kepesertaan, pelayanan kesehatan, dan keuangan dari PIHAK KEDUA.
 - e. Mengajukan usul/keluhan sehubungan penyelenggaraan program JAMKESMAS dalam upaya peningkatan pelayanan.
2. PIHAK KEDUA berkewajiban :
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan kebutuhan medis dan standar pelayanan kesehatan yang berlaku yang mengacu kepada Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS Tahun
 - b. Menyediakan fasilitas pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) rawat inap tingkat lanjutan (RITL) kelas III, pelayanan gawat darurat dan "one day care" (ODC) sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku.
 - c. Mempersiapkan sumberdaya manusia yang berkompeten untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar ketenagaan yang berlaku.
 - d. Menyerahkan klaim tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada Verifikator/Tim Verifikasi untuk diverifikasi.
 - e. Memberikan bantuan sepenuhnya kepada Verifikator/Tim Verifikasi untuk dapat melakukan tugas sebagaimana mestinya.
 - f. Menyampaikan laporan pelayanan JAMKESMAS PPK kepada PIHAK PERTAMA

PASAL 6

TARIP PELAYANAN

Besarnya tarip pelayanan kesehatan yang dapat diajukan oleh PIHAK KEDUA adalah sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 tanggal 6 Februari 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009.

Besarnya tarif pelayanan yang dapat diajukan oleh PIHAK Kedua adalah sebagaimana diatur dengan INA-CBGs

PASAL 7
TATA CARA PENGAJUAN TAGIHAN

Pengajuan tagihan dilaksanakan berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimuat dalam Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun

PASAL 8
PEMBAYARAN KLAIM TAGIHAN

1. Klaim tagihan yang sudah diverifikasi diajukan oleh PIHAK KEDUA ke Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/Departemen Kesehatan untuk dibayar kepada PIHAK KEDUA.
2. Pembayaran sebagaimana dimaksud pada angka 1 dilakukan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/Departemen Kesehatan melalui Bank yang ditetapkan oleh PIHAK KEDUA.

PASAL 9
JANGKA WAKTU BERLAKU

1. Kesepakatan Kerja Sama ini berlaku untuk jangka waktu selama 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal(contoh :1 Januari 2009/10 sampai dengan 31 Desember 2009.)
2. Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya jangka waktu Perjanjian Kerjasama ini, PARA PIHAK sepakat saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Kesepakatan Bersama ini.
3. Apabila selambat-lambatnya sampai dengan 1 (satu) bulan sebelum berakhirnya jangka waktu Perjanjian ini tidak ada surat pemberitahuan dari PIHAK PERTAMA untuk memperpanjang waktu Perjanjian, maka Perjanjian ini berakhir dengan sendirinya.

PASAL 10
SANKSI

1. Dalam hal PIHAK KEDUA secara nyata terbukti melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Tidak melayani peserta JAMKESMAS Tahun 2009 sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - b. Tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan sesuai yang berlaku.
 - c. Memungut biaya tambahan biaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahunatau keluarganya,
 - d. Tidak melakukan prosedur pelayanan sesuai Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS tahun 2009

Maka PIHAK PERTAMA berhak untuk menagguhkan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh PIHAK KEDUA.

2. Dalam hal PIHAK KEDUA membatalkan secara sepihak Perjanjian ini, PIHAK PERTAMA berhak mengusulkan kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/Departemen Kesehatan untuk mengenakan denda sebesar nilai tagihan biaya pelayanan kesehatan 3 (tiga) bulan terakhir yang sudah dibayarkan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/Departemen Kesehatan kepada PIHAK KEDUA.

PASAL 12

KEADAAN MEMAKSA (FORCE MAJEURE)

1. Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut "Force Majeure") adalah suatu keadaan yang terjadinya di luar kemampuan, kesalahan atau kekuasaan PARA PIHAK dan yang menyebabkan PIHAK yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Kesepakatan ini. Force Majeure tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokkan umum, kebakaran dan kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Kesepakatan ini.
2. Dalam hal terjadinya peristiwa Force Majeure, maka PIHAK yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh PIHAK lainnya. PIHAK yang terkena Force Majeure wajib memberitahukan adanya peristiwa Force Majeure tersebut kepada PIHAK yang lain secara tertulis paling lambat 7 (tujuh) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa Force Majeure, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa Force Majeure tersebut. PIHAK yang terkena Force Majeure wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kesepakatan ini segera setelah peristiwa Force Majeure berakhir.
3. Apabila peristiwa Force Majeure tersebut berlangsung terus hingga melebihi atau diduga oleh PIHAK yang mengalami Force Majeure akan melebihi jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, maka PARA PIHAK sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Kesepakatan ini.
4. Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu PIHAK sebagai akibat terjadinya peristiwa Force Majeure bukan merupakan tanggung jawab PIHAK yang lain.

PASAL 13

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

1. Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat yang timbul sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan terlebih dahulu secara musyawarah dan mufakat oleh PARA PIHAK.
2. Apabila penyelesaian secara musyawarah sebagaimana dimaksud dalam ayat 1. Pasal ini tidak berhasil mencapai mufakat, maka PARA PIHAK sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan.

3. Mengenai Kesepakatan ini dan segala akibatnya, PARA PIHAK memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri (setempat).

PASAL 14

ADDENDUM

Apabila dalam pelaksanaan Kesepakatan Bersama ini PARA PIHAK merasa perlu melakukan perubahan, maka perubahan tersebut hanya dapat dilakukan atas kesepakatan PARA PIHAK yang dituangkan dalam Addendum Perjanjian ini yang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari Perjanjian ini.

PIHAK KEDUA

PIHAK PERTAMA

.....

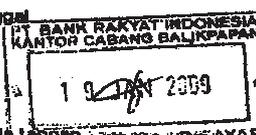
.....

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI

(.....)

FORMULIR 4

Contoh Format Setoran Bukan Pajak (SSBP)

<p>021 0121054 1101 97 19/01/09 10:38:18 R CASI 108 69 343 677 09 01 0121 01 00000 301 00000 PERSEPSI IDR 09 343 677 09 01 DIREKTORAT JENDRAL ANGGARAN KPPN</p>	<p style="text-align: center;">SURAT SETORAN BUKAN PAJAK (SSBP)</p> <p>Nomor : Tanggal :</p>
<p>0 4 7 Balikpapan</p>	
<p>KE REKENING KAS NEGARA NOMOR :</p>	
<p>A</p> <p>1 KEMENTERIAN/LEMBAGA : 0 2 4 Departemen Kesehatan RI</p> <p>2 UNIT ORGANISASI ESELON I : 0 4 Direktorat Jendral Pelayanan Medik</p> <p>3 KEGIATAN : [] [] [] [] Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Rumah Sakit Tahun 2008</p> <p>4 SATUAN KERJA : [] [] [] [] [] [] RSU. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan</p> <p>5 LOKASI : [] [] [] [] Balikpapan</p> <p>N.P.W.P. : 00.057.232.1.721.000</p>	
<p>B</p> <p>1 NAMA/JABATAN WAJIB SETOR/ WAJIB BAYAR : Pengelola Keuangan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSU. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.</p> <p>2 ALAMAT : Jalan M.T. Haryono No. 656 Balikpapan</p>	
<p>C</p> <p>MAP DAN URAIAN PENERIMAAN : 0 2 3 2 2 1 1 Setor Bunga Rekening Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin bulan April 2008 s/d Desember 2008 pada RSU. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.</p>	
<p>D</p> <p>JUMLAH SETORAN : Rp. 69.943.679,-</p> <p>DENGAN HURUF : Enam puluh sembilan juta sembilan ratus empat puluh - tiga ribu enam ratus tujuh puluh sembilan rupiah.</p>	
<p>E</p> <p>SURAT PENAGIHAN (SPN) ATAU SURAT : PEMINDAHAN PENAGIH PIUTANG NEGARA (SP3N) KPPN 0 4 7</p>	
<p>Keperluan : Setor Bunga Rekening Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin bulan April 2008 s/d Desember 2008 pada RSU. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.</p>	
<p>Balikipapan, Perwato Direktur RSU Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan  Dr. Haryanto M.T. NIP. 148 091 190 000 000</p>	<p>Diterima oleh : BANK PERSEPSIKANTOR POS DAN GIRO</p> <p>Tanggal :  Tanda Tangan TERIMA BAYAR : Nama Terang :</p>

FORMULIR 5

Format Penerimaan dan Realisasi Pemanfaatan Dana Jamkesmas dan Jampersal Pelayanan dasar di Puskesmas dan Jaringannya

LAPORAN PENERIMAAN DAN REALISASI PEMANFAATAN DANA JAMKESMAS DAN JAMPERSAL PELAYANAN DASAR DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

INSTANSI : BULAN :

ALAMAT :

PROPINSI :

KAB/KOTA :

No.	URAIAN	JUMLAH (Rp)	KET
(1)	(2)	(3)	(4)
I.	PENDANAAN:		
	A. Penerimaan		
	Total Dana Yankes Jamkesmas 1. diterima: (a + b + c + d)	Rp.	
	a. Tahap I	Rp.	
	b. Tahap II	Rp.	
	c. Tahap III	Rp.	
	d. Tahap IV	Rp.	
	B. Pemanfaatan		
	Realisasi Klaim Yg telah 2. dibayarkan		
	a. s/d Bulan Lalu	Rp.	
	b. Bulan ini	Rp.	
	c. s/d Bulan Ini (a + b)	Rp.	
	b. Saldo s/d Saat ini (1-2c)	Rp.	

II.	PELAYANAN KESEHATAN		
	1. Rawat Jalan		
	a. s/d Bulan LaluKunjung an	
	b. Bulan iniKunjung an	
	c. s/d Bulan Ini (a + b)Kunjung an	
	2. Rawat Inap		
	a. s/d Bulan LaluKunjung an	
	b. Bulan iniKunjung an	
	c. s/d Bulan Ini (a + b)Kunjung an	

MENGETAHUI:
 KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN/KOTA
 SELAKU PENANGGUNGJAWAB TIM
 PENGELOLA
 JAMKESMAS & BOK KAB/KOTA

....., 20.....

P. JAWAB PENGELOLA KEUANGAN
 TIM PENGELOLA JAMKESMAS & BOK
 KAB/KOTA

(.....
)
 NIP.

 ...

(.....
)
 NIP.

FORMULIR 6

Contoh Plan of Action (POA) Terpadu

CONTOH FORM POA

**PLAN OF ACTION (POA) TERPADU
JAMKESMAS, JAMPERSAL DAN BOK**

KABUPATEN/KOTA :
PUSKESMAS

PROVINSI :
POA BULAN :

No.	KEGIATAN UTAMARINCIAN	SASARAN TAHUNAN	PELAYANAN PER BLN	LOKASI	PELAKSANA	WAKTU PELAKSANAAN	SUMBER & BESAR BIAYA			KET
							JAMKESMAS	JAMPERSAL	BOK	
1.										11
I.	JAMKESMAS 1. Rawat Jalan 2. Rawat Inap Dst	Kunj Pasien	Kunj Pasien				Rp. Rp.			
	JUMLAH						Rp.			
II.	JAMPERSAL 1. Pemeriksaan: a. ANC b. PNC 2. Persalinan dg Nakes						Rp. Rp. Rp.			
	JUMLAH									
III.	BOK 1. 2. 3. Dst							Rp. Rp. Rp.		
	JUMLAH							Rp.		

Puskesmas 2011
Kepala Puskesmas,

(.....)

**PETUNJUK PENGISIAN BLANKO KLAIM
RAWAT JALAN PELAYANAN DASAR JAMKESMAS
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA**

NOMOR DAN KOLON	URAIAN ISIAN
(1)	: Diisi dengan Nomor Urut
(2)	: Diisi dengan Nama Peserta Jamkesmas
(3)	: Diisi dengan Nomor KartU Jamkesmas yang telah diterbitkan PT. Askes
(4)	: Diisi Dengan Umur Peserta Jamkesmas
(5)	: Diisi Dengan Jenis Kelamin Peserta Jamkesmas
(6)	: Diisi dengan Tanggal kunjungan berobat peserta Jamkesmas
(7)	: Diisi dengan Diagnosa Penyakit
(8)	: Diisi dengan Besaran Biaya Pelayanan Pada Poli Umum sesuai Tarif Perda
(9)	: Diisi dengan Besaran Biaya Pelayanan Pada Poli Gigi sesuai Tarif Perda
(10)	: Diisi dengan Besaran Biaya Pelayanan Pada Poli KIA sesuai Tarif Perda
(11)	: Diisi dengan Besaran Biaya Pelayanan Pemeriksaan LAB sesuai Tarif Perda
(12)	: Diisi dengan Besaran Biaya Pelayanan Pada Poli Spesialistik sesuai Tarif Perda
(13)	: Diisi dengan Total Biaya dari Kolom 8, 9, 10, 11 dan 12
(14)	: Diisi dengan Tanda Tangan dari peserta Jamkesmas yang datang berobat Tanda Tangan diisi pada waktu pendaftaran dan dicatat di Buku Register

**PETUNJUK PENGISIAN BLANKO KLAIM
RAWAT INAP PELAYANAN DASAR JAMKESMAS
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA**

NOMOR DAN KOLOM	URAIAN ISIAN
(1)	: Diisi dengan Nomor Urut
(2)	: Diisi dengan Nama Peserta Jamkesmas
(3)	: Diisi dengan Nomor Kartu Jamkesmas yang telah diterbitkan PT. Askes
(4)	: Diisi Dengan Nomor Surat Jaminan Peleyanan Perawatan yang dikeluarkan oleh Puskesmas
(5)	: Diisi Dengan Umur Peserta Jamkesmas
(6)	: Diisi Dengan Jenis Kelamin Peserta Jamkesmas
(7)	: Diisi dengan Tanggal Masuk Perawatan
(8)	: Diisi dengan Tanggal Keluar dari Perawatan
(9)	: Diisi dengan Jumlah Hari Rawat
(10)	: Diisi dengan Diagnosa Penyakit
(11)	: Diisi dengan Total Biaya Perawatan Rawat Inap sesuai Tarif Perda
(12)	: Diisi dengan Keterangan

FORMULIR 9

Contoh Laporan Pertanggungjawaban Dana Jamkesmas (Form 1C, 2C,3 dan form koreksi)

REKAPITULASI KLAIM RAWAT JALAN

Periode :
 Nama PPK :
 Kode PPK :
 Kelas PPK :
 Kelas Tarif Pelayanan Umum :
 Kelas Tarif Pelayanan Khusus :

No	Tanggal	Jumlah	Tarif	AMHP	Lain-Lain	TOTAL
		0	0	0	0	0

Verifikator Independen

Menyetujui

Direktur RS

REKAPITULASI KLAIM RAWAT INAP

Periode :
 Nama PPK :
 Kode PPK :
 Kelas PPK :
 Kelas Tarif Pelayanan Umum :
 Kelas Tarif Pelayanan Khusus :

No	Tanggal	No. MR	Nama	INA-DRG	LOS	Tarif	AMHP	Cost/Day	Lain-Lain	TOTAL
				TOTAL	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00

Verifikator Independen

Menyetujui
 Direktur RS

REKAPITULASI KLAIM RAWAT JALAN YANG DIKOREKSI

Periode :
 Nama PPK :
 Kode PPK :
 Kelas PPK :
 Kelas Tarif Pelayanan Umum :
 Kelas Tarif Pelayanan Khusus :

No	Tanggal	No. MR	Nama	INA-ORG	Tarif	AMHP	Cos/Day	TOTAL
				TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00

Menyetujui
 Direktur RS

Verifikator Independen

REKAPITULASI KLAIM RAWAT INAP YANG DIKOREKSI

Periode :
 Nama PPK :
 Kode PPK :
 Kelas PPK :
 Kelas Tarif Pelayanan Umum :
 Kelas Tarif Pelayanan Khusus :

No	Tanggal	No. MR	Nama	INA-DRG	LOS	Tarif	AMHP	Cost/Day	Lain-Lain	TOTAL
				TOTAL	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

Verifikator Independen

Menyetujui
 Direktur RS

LAPORAN PERTANGGUNG JAWABAN DANA JAMKESMAS

Periode :
 Nama PPK :
 Kode PPK :
 Kelas PPK :
 Kelas Tarif Pelayanan Umum :
 Kelas Tarif Pelayanan Khusus :

No	Jenis	Jumlah	LOS	Tarif	AMHP	Cost/Day	Lain-Lain	TOTAL
I. PENGAJUAN KLAIM								
1	Rawat Jalan	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	Rawat Inap	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
II. KOREKSI TERHADAP KLAIM SEBELUMNYA								
1	Rawat Jalan	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	Rawat Inap	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GRAND TOTAL				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Verifikator Independen

Menyetujui

Direktur RS

FORMULIR 10

Contoh Format Klaim INA DRG/CBGs

FORM KLAIM INA-DRG 1A

Nama Pelayanan :
 RS :
 IS :
 TS :
 Tanggal Masuk :
 Tanggal Keluar :
 Tanggal Rawat :
 Direktur RS :

Tgl: Bulan Tahun

2	3	4		5	6	7	8	9		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
		No. MR	Tahun					Harf	Dokter Nama											TTD

Tanggal
 SUD
 Mengetahui

Ditugas Administrasi Klaim

FORM KLAIM INA-DRG ZA

Mayanan : Tgl Bulan Tahun

Ng Jawab :

stien :

Idar RS :

Jenis :

No. MR :

Umur :

Tahun :

Hari :

Jenis :

Keasman :

No. SGP :

Suret :

Revisi :

8 :

9 :

10 :

11 :

12 :

13 :

14 :

15 :

16 :

17 :

18 :

19 :

20 :

21 :

22 :

23 :

No. MR	Umur	Tahun	Hari	Jenis Keasman	No. SGP	Suret Revisi	Dokter	Diagnosa Utama	Diagnosa Sekunder	Prosedur	Kode INA-DRG	Perpindahan Kompa Medik	LOS	Tariff	AMiSp	Baya Lainnya	Klaim Cost Per Day	Total	Keterangan AMiSp dan Biaya Lainnya	Keterangan Cost Per Day	
																					2
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

Idar RS :
Jenis :
Keasman :

an Administrasi Klaim

FORMULIR 11

Contoh Format Laporan Bulanan Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesmas

LAPORAN BULANAN VERIFIKATOR INDEPENDEN

Rumah Sakit/Balai Kes Mas :
 Nama Verifikator Independen : Bulan :

Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Laporan Perorangan Verifikator Independen**

Kepada Yth.
 Kepala Dinas Kesehatan
 di-
 Tempat

Dengan ini kami laporkan hasil kerja kami dalam pelaksanaan verifikasi yang telah dilaksanakan sebagai berikut:

1. Verifikasi klaim bulan lalu yang telah dilaksanakan;

No.	YANKES	KLAIM TELAH DIVERIFIKASI		KET
		(Pasien)	Besaran (Rp)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

KETERANGAN PENGISIAN:

- Kolom 1 : Diisi dengan No urut
- Kolom 2 : Diisi dengan Pelayanan Kesehatan, Mis RJTL, RITL, AMHP
- Kolom 3 : Diisi dengan jumlah berapa banyak klaim pasien yang telah diverifikasi oleh setiap VI
- Kolom 4 : Diisi dengan jumlah besarnya dalam rupiah klaim yang telah diverifikasi

2. Sementara itu yang masih dipending/ditunda dan telah dikembalikan ke RS/Balai Kesehatan Masyarakat untuk dilengkapi kembali berkas yang masih kurang sebanyak Klaim
3. Masalah-masalah yang ada selama verifikasi dilaksanakan yaitu; (jelaskan dan uraikan secara rinci)
 - a.
 - b.
 - c.
4. Terlampir absensi kami Verifikator Independen pada bulan lalu

Demikian Laporan Kami dan atas perhatian Bapak, kami ucapkan terima kasih.

VI RS.....

(.....)

FORMULIR 12

Format Pelaporan Program Jamkesmas

Petunjuk pengisian FORM Faskes-I A

LAPORAN PUSKESMAS PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Provinsi	Di isi dengan nama Provinsi lokasi Puskesmas
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kab/Kota lokasi Puskesmas
3	Kecamatan	Di isi dengan nama Kecamatan lokasi Puskesmas
4	Puskesmas	Di isi dengan nama Puskesmas
5	Kode PKM	Di isi dengan kode Puskesmas
6	Bulan	Di isi dengan nama bulan pelaporan
7	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
8	Jumlah peserta terdaftar sesuai data BPS (kuota)	Di isi dengan Jumlah Kuota yang terdapat pada Pedoman Pelaksanaan
10	Jumlah peserta yang memiliki Kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah peserta yang telah memiliki kartu Jamkesmas
11	Jumlah ibu hamil peserta Jamkesmas	Di isi dengan proyeksi ibu hamil dalam satu tahun dibagi dalam 12 bulan
12	Jumlah bayi baru lahir (KN2)	Di isi dengan proyeksi jumlah bayi yang baru lahir selama satu tahun dibagi dalam 12 bulan
13	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Di isi dengan jumlah kunjungan rawat jalan masyarakat miskin pada bulan ini
14	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Di isi dengan jumlah kunjungan masyarakat miskin laki-laki dan perempuan di pelayanan rawat jalan pada bulan ini
15	Jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan s/d bulan ini	Di isi dengan jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan masyarakat miskin s/d bulan ini
16	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini	Di isi dengan jumlah kunjungan rawat inap masyarakat miskin bulan ini
17	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Di isi dengan jumlah kasus masyarakat miskin laki-laki dan perempuan di pelayanan rawat inap pada bulan ini
18	Jumlah kumulatif kunjungan rawat inap s/d bulan ini	Di isi dengan jumlah kumulatif kunjungan rawat inap masyarakat miskin s/d bulan ini
19	Jumlah kasus yang dirujuk	Di isi dengan jumlah pasien masyarakat miskin yang dirujuk
20	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan (K4)	Di isi dengan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan ibu hamil miskin (K4)
21	Jumlah kunjungan Pemeriksaan bayi baru lahir (KN2)	Di isi dengan jumlah kunjungan pemeriksaan bayi baru lahir masyarakat miskin (KN2)
22	Jumlah persalinan oleh Tenaga Kesehatan	Di isi dengan jumlah persalinan ibu hamil miskin yang di tolong oleh Tenaga Kesehatan termasuk pendampingan
23	Jumlah ibu hamil yang dirujuk	Di isi dengan jumlah ibu hamil miskin yang dirujuk ke pelayanan tingkat lanjut.
24	Jumlah miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah masyarakat miskin yang berkunjung menggunakan Kartu Jamkesmas
26	Jumlah miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah masyarakat miskin yang berkunjung menggunakan Kartu Jamkesmas
28	Jumlah Sisa Dana Tahun Lalu yang masih ada di Puskesmas	Di isi sesuai dengan jumlah sisa dana Yankes Maskin tahun lalu yang masih ada di Puskesmas (DI ISI HANYA SEKALI DALAM BULAN PERTAMA ATAU DI ISI DENGAN JUMLAH YANG SAMA PADA SETIAP BULANNYA)
29	Jumlah Total Dana Jamkesmas yang diterima tahun ini	Diisi dengan Total Dana Pelayanan Yankes Maskin yang diterima oleh Puskesmas (DI ISI HANYA SEKALI DALAM BULAN PERTAMA ATAU DI ISI DENGAN JUMLAH YANG SAMA PADA SETIAP BULANNYA)
31	Jumlah Total biaya pelayanan kesehatan dasar yang dikeluarkan bulan ini	Di isi dengan Total biaya pelayanan kesehatan dasar yang dikeluarkan pada bulan pelayanan
32	Jumlah Total biaya persalinan yang dikeluarkan bulan ini	Di isi dengan Total biaya pelayanan persalinan yang dikeluarkan pada bulan pelayanan
33	Jumlah Total biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan sampai dengan bulan ini.	Di isi dengan jumlah kumulatif biaya pelayanan kesehatan dasar yang dikeluarkan (total biaya dari awal tahun).

FORM Pengisian Faskes-I A

LAPORAN PUSKESMAS
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

Propinsi :
Kab/Kota :
Kecamatan :

Puskesmas :
Kode PKM :

Bulan :

Tahun :

No	KEGIATAN	SATUAN	JUMLAH
1	2	3	4
I	Sasaran		
	a. Jumlah peserta terdaftar sesuai data BPS (kuota)	Jiwa	
	b. Jumlah peserta yang memiliki Kartu Jamkesmas	Jiwa	
	c. Jumlah ibu hamil peserta Jamkesmas	Orang	
	d. Jumlah bayi baru lahir (KN2)	Orang	
II	Pelayanan kesehatan		
	a. Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Kunjungan	
	b. Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Laki-laki	
		Perempuan	
	c. Jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan sampai dengan bulan ini	Kunjungan	
	d. Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini	Kunjungan	
	e. Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Laki-laki	
		Perempuan	
	f. Jumlah kumulatif kunjungan rawat inap sampai dengan bulan ini	Kunjungan	
	g. Jumlah kasus yang dirujuk	Kasus	
	h. Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan (K4)	Kunjungan	
	i. Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (KN2)	Kunjungan	
	j. Jumlah Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	Orang	
k. Jumlah ibu hamil yang dirujuk	Orang		
l. Jumlah maskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Orang		
m. Jumlah maskin yang tidak menggunakan kartu jamkesmas	Orang		
III.	Pendanaan		
	a. Jumlah Sisa Dana Tahun Lalu yang masih ada di Puskesmas	Rp.	
	b. Jumlah Total Dana Jamkesmas yang diterima tahun ini	Rp.	
	c. Jumlah Total biaya pelayanan kesehatan dasar yang dikeluarkan bulan ini:	Rp.	
	d. Jumlah Total biaya persalinan yang dikeluarkan bulan ini:	Rp.	
e. Jumlah Total biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan sampai dengan bulan ini	Rp.		

.....
Kepala Puskesmas

(.....)
NIP :

Petunjuk pengisian FORM Faskes-I B

**LAPORAN PUSKESMAS
10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi i dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Kecamatan	Di isi dengan nama Kecamatan pelapor
4	Puskesmas	Di isi dengan nama Puskesmas pelapor
5	Kode PKM	Di isi dengan kode Puskesmas pelapor
6	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
7	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
8	Nomor	Di isi dengan nomor urut
9	Penyakit	Di isi dengan nama penyakit mulai dari yang terbanyak
10	Kode ICD	Di isi dengan kode ICD penyakit
11	Jumlah Kasus	Di isi dengan jumlah kasus bulan ini berdasarkan jenis kelamin untuk masing-masing penyakit

LAPORAN PUSKESMAS

10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

Propinsi : Puskesmas :
 Kab/Kota : Kode PKM :
 Kecamatan : Tahun :
 Bulan :

A. PELAYANAN RAWAT JALAN

10 PENYAKIT TERBANYAK

NO	Penyakit	Kode ICD	Jumlah Kasus	
			Laki-laki	Perempuan
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
JUMLAH				

B. PELAYANAN RAWAT INAP (Hanya untuk Puskesmas dengan tempat tidur)

10 PENYAKIT TERBANYAK

NO	Penyakit	Kode ICD	Jumlah Kasus	
			Laki-laki	Perempuan
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
JUMLAH				

.....
Kepala Puskesmas

(.....)
NIP :

Petunjuk pengisian FORM Faskes-1 C

LAPORAN PUSKESMAS
ASAL DAN JENIS PENANGANAN KELUHAN DI PUSKESMAS
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kab/Kota pelapor
3	Kecamatan	Di isi sesuai dengan nama Kecamatan pelapor
4	Puskesmas	Di isi sesuai dengan nama Puskesmas yang melapor
5	No. Kode	Di isi sesuai dengan nomor kode Puskesmas yang melapor
6	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
7	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
8	Asal Keluhan	Di isi sesuai dengan asal keluhan yang melapor
9	Jumlah Keluhan Administrasi	Di isi sesuai dengan jumlah keluhan administrasi pasien maskin
10	Keluhan Administrasi Tertangani	Di isi sesuai dengan jumlah keluhan administrasi pasien maskin yang tertangani
11	Jumlah Keluhan Pelayanan Kesehatan	Di isi sesuai dengan jumlah keluhan pelayanan yankes maskin
12	Keluhan Pelayanan Kesehatan Tertangani	Di isi sesuai dengan jumlah keluhan pelayanan yankes maskin yang tertangani

FORM Pengisian PPK-1 C

Propinsi : Puskesmas :
Kab/Kota :
Kecamatan : No. Kode :
Bulan : Tahun :

NO	ASAL KELUHAN	JENIS KELUHAN			
		Administrasi		Pelayanan Kesehatan	
		Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani
1	2	3	4	5	6
I.	Maskin				
II.	PPK				
III.	Pemerhati				

.....
Kepala Puskesmas

(.....)
NIP :

Petunjuk Pengisian FORM Faskes-II A

**LAPORAN RUMAH SAKIT DAN FASKES RUJUKAN
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kab/Kota pelapor
3	RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM	Di isi dengan nama BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM yang melapor
4	Kode RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM	Di isi dengan kode BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM yang melapor
5	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
6	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
7	Jumlah total tempat tidur	Di isi dengan jumlah total tempat tidur yang tersedia di RS
8	Jumlah tempat tidur kelas III	Di isi dengan jumlah tempat tidur kelas III di RS
9	Jumlah seluruh kunjungan pasien rawat jalan bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh kunjungan rawat jalan pada bulan pelaporan
10	Jumlah seluruh pasien rawat inap bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan pelaporan
11	Jumlah seluruh pasien rawat inap (Kelas III) bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap (kelas III) pada bulan pelaporan
12	Jumlah seluruh hari rawat inap pasien kelas III bulan ini	Di isi dengan jumlah hari seluruh pasien rawat inap kelas III pada bulan pelaporan
13	Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan pada bulan pelaporan
14	Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan berdasarkan jenis kelamin pada bulan pelaporan
16	Jumlah hari rawat inap pasien miskin bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan pelaporan
15	Jumlah pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan berdasarkan Jenis kelamin pada bulan pelaporan
19	Jumlah hari rawat inap pasien miskin kelas III bulan ini	Di isi dengan jumlah hari seluruh pasien rawat inap peserta Jamkesmas pada bulan pelaporan
22	Jumlah kasus persalinan pasien miskin	Di isi dengan jumlah persalinan pasien miskin
23	Jumlah pasien miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah pasien miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas
25	Jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas
28	Jumlah biaya Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini	Di isi dengan jumlah biaya pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan yang diberikan kepada peserta Jamkesmas bulan ini
29	Jumlah biaya Rawat Inap Tingkat Lanjutan bulan ini	Di isi dengan jumlah biaya pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan yang diberikan kepada peserta Jamkesmas bulan ini

FORM Pengisian Faskes-II A

LAPORAN RUMAH SAKIT DAN FASKES RUJUKAN
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM

Propinsi :
 Kab/Kota :

Bulan :
 Tahun :

RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKP
 M/BKIM :

Kode
 RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKP :
 M/BKIM

NO	KEGIATAN	SATUAN	JUMLAH	
1	2	3	4	
I.	Gambaran Umum			
	a. Jumlah total tempat tidur	TT		
	b. Jumlah tempat tidur Kelas III	TT		
	c. Jumlah seluruh pasien rawat jalan bulan ini	Kunjungan		
	d. Jumlah seluruh pasien rawat inap bulan ini	Orang		
	e. Jumlah seluruh pasien rawat inap (kelas III) bulan ini	Orang		
	f. Jumlah seluruh hari rawat inap pasien kelas III bulan ini	Hari		
	II.	Pelayanan Kesehatan Rujukan Maskin		
		a. Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini	Kunjungan	
		b. Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Laki-laki	
		Perempuan		
c. Jumlah pasien maskin rawat inap kelas III bulan ini		Kunjungan		
d. Jumlah pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin		Laki-laki		
		Perempuan		
e. Jumlah hari rawat inap pasien miskin bulan ini		Hari		
f. [REDACTED]				
g. [REDACTED]				
h. Jumlah kasus persalinan pasien miskin	Kasus			
i. Jumlah pasien miskin menggunakan kartu Jamkesmas	Orang			
j. Jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Orang			
III.	Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin			
	a. Jumlah biaya Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini	Tanggal Bulan Realisasi	Rp.	
	b. Jumlah biaya Rawat Inap Tingkat Lanjutan bulan ini			
	c. [REDACTED]			
d. [REDACTED]				

Keterangan: ** tidak perlu diisi

.....
 Mengetahui
 Direktur / Kepala

(.....)
 NIP

Petunjuk pengisian FORM Faskes-II B

**LAPORAN RUMAH SAKIT DAN FASKES RUJUKAN
10 BESAR PENYAKIT RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kab/Kota pelapor
3	Kecamatan	Di isi dengan nama Kecamatan pelapor
4	RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM	Di isi dengan nama RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM pelapor
5	Kode RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM	Di isi dengan kode RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM pelapor
6	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
7	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
8	Nomor	Di isi dengan nomor urutan
9	Penyakit	Di isi dengan nama 10 penyakit mulai dari yang terbanyak
10	Kode ICD	Di isi dengan kode ICD penyakit
11	Jumlah Kasus	Di isi dengan jumlah kasus bulan ini berdasarkan jenis kelamin untuk masing-masing penyakit

FORM Pengisian Faskes-II B

LAPORAN RUMAH SAKIT DAN FASKES RUJUKAN

10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM

Provinsi : RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM :
Kab/Kota : Kode :
Kecamatan :
Bulan : Tahun :

A. PELAYANAN RAWAT JALAN

NO	Penyakit	Kode ICD	Jumlah Kasus	
			L	P
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
JUMLAH				

B. PELAYANAN RAWAT INAP

NO	Penyakit	Kode ICD	Jumlah Kasus	
			L	P
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
JUMLAH				

.....
Mengetahui
Direktur / Kepala

(.....)
NIP

Petunjuk Pengisian FORM PPK-II C

LAPORAN RUMAH SAKIT DAN PPK RUJUKAN
ASAL DAN JENIS PENANGANAN KELUHAN DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kab/Kota pelapor
3	Kecamatan	Di isi dengan nama Kecamatan pelapor
4	RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM	Di isi dengan nama RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM yang melapor
5	No. Kode	Di isi dengan nomor kode RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM yang melapor
6	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
7	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
8	Asal Keluhan	Di isi dengan asal keluhan yang melapor
9	Jumlah Keluhan Administrasi	Di isi dengan jumlah keluhan administrasi pasien maskin
10	Keluhan Administrasi Tertangani	Di isi dengan jumlah keluhan administrasi pasien maskin yang tertangani
11	Jumlah Keluhan Yankes	Di isi dengan jumlah keluhan Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat
12	Keluhan Yankes Tertangani	Di isi dengan jumlah keluhan Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang tertangani
	PPK	Di isi dengan Nama PPK
	Pemerhati	

FORM Pengisian Faskes-II C

Provinsi : RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM :
 Kab/Kota : No. Kode :
 Kecamatan : Tahun :
 Bulan :

NO	ASAL KELUHAN	JENIS KELUHAN			
		Administrasi		Pelayanan Kesehatan	
		Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani
1	2	3	4	5	6
I.	Maskin				
II.	PPK				
III.	Pemerhati				

.....
Mengetahui
Direktur / Kepala

(.....)
NIP

Petunjuk Pengisian FORM KAB-I A.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN KAB/KOTA
REKAPITULASI PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PUSKESMAS**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Provinsi lokasi Puskesmas
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kab/Kota lokasi Puskesmas
3	Kecamatan	Di isi dengan nama Kecamatan lokasi Puskesmas
4	Puskesmas	Di isi dengan nama Puskesmas
5	Kode PKM	Di isi dengan kode Puskesmas
6	Bulan	Di isi dengan nama bulan pelaporan
7	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
8	Jumlah peserta terdaftar sesuai data BPS (kuota)	Di isi dengan Jumlah Kuota yang terdapat pada Pedoman Pelaksanaan
9	Jumlah peserta yang memiliki Kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah peserta yang telah memiliki kartu Jamkesmas
10	Jumlah ibu hamil peserta Jamkesmas	Di isi dengan proyeksi ibu hamil dalam satu tahun dibagi dalam 12 bulan
11	Jumlah bayi baru lahir (KN2)	Di isi dengan proyeksi jumlah bayi yang baru lahir selama satu tahun dibagi dalam 12 bulan
12	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Di isi dengan jumlah kunjungan rawat jalan masyarakat miskin pada bulan ini
13	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Di isi dengan jumlah kunjungan masyarakat miskin laki-laki dan perempuan di pelayanan rawat jalan pada bulan ini
14	Jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan s/d bulan ini	Di isi dengan jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan masyarakat miskin s/d bulan ini
15	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini	Di isi dengan jumlah kunjungan rawat inap masyarakat miskin bulan ini
16	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Di isi dengan jumlah kasus masyarakat miskin laki-laki dan perempuan di pelayanan rawat inap pada bulan ini
17	Jumlah kumulatif kunjungan rawat inap s/d bulan ini	Di isi dengan jumlah kumulatif kunjungan rawat inap masyarakat miskin s/d bulan ini
18	Jumlah kasus yang dirujuk	Di isi dengan jumlah pasien masyarakat miskin yang dirujuk
19	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan (K4)	Di isi dengan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan ibu hamil miskin (K4)
20	Jumlah Kunjungan Pemeriksaan bayi baru lahir (KN2)	Di isi dengan jumlah kunjungan pemeriksaan bayi baru lahir masyarakat miskin (KN2)
21	Jumlah persalinan oleh Tenaga Kesehatan	Di isi dengan jumlah persalinan ibu hamil miskin yang di tolong oleh Tenaga Kesehatan termasuk pendampingan
22	Jumlah ibu hamil yang dirujuk	Di isi dengan jumlah ibu hamil miskin yang dirujuk ke pelayanan tingkat lanjut.
23	Jumlah miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah masyarakat miskin yang berkunjung menggunakan Kartu Jamkesmas
24	Jumlah miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah masyarakat miskin yang berkunjung menggunakan Kartu Jamkesmas
25	Jumlah Puskesmas	Di isi dengan jumlah Puskesmas yang terdaftar dan telah di SK-kan

FORM Pengisian KAB-I A.1

LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PUSKESMAS

PROVINSI :
 KABUPATEN :
 DINAS KESEHATAN :

Tahun :

Bulan :

No Puskesmas	Kepesertaan Jankesmas					Pelayanan Kesehatan										Pergunaan Identitas		Jumlah Puskesmas		
	Terdapat sesuai BPS	Memiliki Kartu Jankesmas	Ibu Hamil Miskin	Jumlah Bayi Baru Lahir (KN2)	Jumlah	RJTJ		RITP		Jumlah Kasus dirujuk	Maternal dan Neonatal			Jumlah Kunjungan		Jumlah Kunjungan Pemeriksaan			Jumlah Miskin Menggunakan	Jumlah Puskesmas
						RJTJ s/d Bulan Ini	RJTJ s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini		RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini	RITP s/d Bulan Ini			
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
JUMLAH TOTAL																				

.....
 Mengetahui
 Kepala Dinas Kesehatan Kab/ Kota

(.....)
 NIP

Petunjuk pengisian FORM KAB-I A.2

**LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI PENDANAAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PUSKESMAS**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Isi dengan nama Provinsi pelapor
2	Kabupaten/ Kota	Isi nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Isi dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Isi dengan tahun pelaporan
5	Puskesmas	Isi dengan nama Puskesmas yang melapor
6	Sisa dana tahun lalu	Isi dengan jumlah dana sisa tahun lalu
7	Total dana yankes yang diterima Tahun ini	Isi dengan kumulatif dana diterima sampai dengan bulan ini untuk tahun berjalan
8	Biaya pelayanan yang dikeluarkan bulan ini :	
9	Yandas	Isi dengan jumlah biaya yang dikeluarkan untuk Yandas bulan ini
10	Persalinan	Isi dengan jumlah biaya yang dikeluarkan untuk Persalinan bulan ini
11	Biaya pelayanan kumulatif yang telah dikeluarkan sampai dengan bulan ini :	
12	Kumulatif Yandas	Isi dengan kumulatif biaya yang telah dikeluarkan Yandas sampai dengan bulan ini
13	Kumulatif Persalinan	Isi dengan kumulatif biaya yang telah dikeluarkan Persalinan sampai dengan bulan ini

FORM Pengisian KAB-I A.2

PROPINSI :
KAB/KOTA :
BULAN :

TAHUN :

No	Puskesmas	Sisa Dana Tahun Lalu	Total Dana Yankes Diterima Tahun Ini	Biaya Pelkes yang dikeluarkan bulan ini		Biaya Pelkes kumulatif yang telah dikeluarkan sampai dengan bulan ini	
				Yandas	Persalinan	Yandas	Persalinan
1	2	3	4	5	6	7	8
JUMLAH TOTAL							

.....
Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Kab/ Kota

(.....)
NIP

Petunjuk Pengisian FORM KAB/KOTA I-B.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN
PER PUSKESMAS**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
5	Nomor	Di isi dengan nomor urut
6	Puskesmas	Di isi dengan nama Puskesmas yang melapor
7	Nama Penyakit	Di isi dengan nama 10 penyakit terbanyak di Puskesmas bulan ini di awali dengan penyakit yang terbanyak
8	Jumlah Kasus	Di isi dengan jumlah kasus bulan ini berdasarkan jenis kelamin untuk masing-masing penyakit di Puskesmas

Petunjuk Pengisian FORM KAB/KOTA I-B.2

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT INAP
PER PUSKESMAS**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
5	Nomor	Di isi dengan nomor urut
6	Puskesmas	Di isi dengan nama Puskesmas yang melapor
7	Nama Penyakit	Di isi dengan nama 10 penyakit terbanyak di Puskesmas dengan Rawat Inap bulan ini di awali dengan penyakit yang terbanyak
8	Jumlah Kasus	Di isi dengan jumlah kasus bulan ini berdasarkan jenis kelamin untuk masing-masing penyakit di Puskesmas

FORM Pengisian KAB I B 1

LAPORAN DINAS KESEHATAN KAB/KOTA
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN
PER PUSKESMAS

PROFESI
KAB/KOTA

No	PUSKESMAS	NAMA PENYAKIT		JML KASUS																							
		J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P		
		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus	
1																											
		Jumlah Total																									

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota

(.....)
(.....) NIP.

FORM Pengisian KAB I B 2

LAPORAN DINAS KESEHATAN KAB/KOTA
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT INAP
PER PUSKESMAS

PROFESI
KAB/KOTA

No	PUSKESMAS	NAMA PENYAKIT		JML KASUS																							
		J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P		
		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus		Jumlah Kasus	
1																											
		Jumlah Total																									

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota

(.....)
(.....) NIP.

LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI ASAL DAN JENIS PENANGANAN KELUHAN
PER PUSKESMAS

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Provinsi	Di isi dengan nama Provinsi pelapor
2	Kabupaten/Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
4	Puskesmas	Di isi dengan nama puskesmas yang melapor
5	Asal Keluhan	
6	Maskin	Di isi dengan keluhan yang berasal dari masyarakat miskin
7	Pemerhati	Di isi dengan keluhan yang berasal dari LSM, Akademisi, dll
8	Faskes	Di isi dengan keluhan yang berasal dari Pemberi Pelayanan Kesehatan yang melayani masyarakat miskin
9	Jenis Keluhan	
10	Administrasi	Di isi dengan keluhan mengenai administrasi pelayanan pasien miskin
11	Pelayanan kesehatan	Di isi dengan keluhan mengenai pelayanan medis kepada pasien miskin

FORM Pengisian KAB-I C

Propinsi :

Kab/Kota :

Bulan :

Tahun :

NO	PUSKESMAS	JENIS KELUHAN				ASAL KELUHAN						
		Administrasi		Pelayanan Kesehatan		Maskin		Pemerhati		Faskes		
		Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Kab/ Kota

(.....)
NIP

Petunjuk pengisian FORM KAB-II A.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Provinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM	Di isi dengan nama BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM yang melapor
4	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
5	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
6	Jumlah total tempat tidur	Di isi dengan jumlah total tempat tidur yang tersedia di RS
7	Jumlah tempat tidur kelas III	Di isi dengan jumlah tempat tidur kelas III di RS
8	Jumlah pasien rawat jalan bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh kunjungan rawat jalan pada bulan pelaporan
9	Jumlah seluruh pasien Rawat inap bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan pelaporan
10	Jumlah seluruh pasien rawat inap kelas III bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap (kelas III) pada bulan pelaporan
11	Jumlah seluruh hari rawat inap pasien kelas III bulan ini	Di isi dengan jumlah hari seluruh pasien rawat inap kelas III pada bulan pelaporan
12	Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan pada bulan pelaporan
13	Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan berdasarkan jenis kelamin pada bulan pelaporan
14	Jumlah hari rawat inap pasien miskin bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan pelaporan
15	Jumlah pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan berdasarkan Jenis kelamin pada bulan pelaporan
16	Jumlah hari rawat inap pasien miskin kelas III bulan ini	Di isi dengan jumlah hari seluruh pasien rawat inap peserta Jamkesmas pada bulan pelaporan
17	Jumlah kasus persalinan pasien miskin	Di isi dengan jumlah persalinan pasien miskin
18	Jumlah pasien miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah pasien miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas
19	Jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas

FORM Pengisian KAB-III A.1

LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI RS/BP/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM

PROVINSI
KAB/KOTA
BULAN

No	RS/BP-4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM	Gambaran Umum						Pelayanan Kesehatan						Jumlah Maskin Menggunakan			
		Total Tempat Tidur	Jumlah Tempat Tidur Kelas III	Jumlah Seluruh Pasien RJTL	Jumlah seluruh Pasien RJTL	Jumlah Pasien RI Kelas III	Hari Rawat Pasien Kelas III	Jumlah Kunjungan Pasien Maskin			Pelayanan Kesehatan			Kartu Jamkesmas	Bukan Kartu Jamkesmas		
								RJTL	RJTL Laki-laki	RJTL Perempuan	RJTL	RJTL Laki-laki	RJTL Perempuan			Hari Rawat	Persalinan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
JUMLAH TOTAL																	

Petunjuk pengisian FORM KAB-II B.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Provinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
5	Nomor	Di isi sesuai dengan nomor urut
6	RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM	Di isi sesuai dengan nama RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM yang melapor
7	Nama Penyakit	Di isi sesuai dengan nama 10 penyakit terbanyak di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM diawali dengan penyakit yang terbanyak
8	Jumlah Kasus	Di isi sesuai dengan jumlah kasus bulan ini berdasarkan jenis kelamin untuk masing-masing penyakit di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM

Petunjuk pengisian FORM KAB-II B.2

**LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT INAP
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
5	Nomor	Di isi dengan nomor urut
6	RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM	Di isi dengan nama RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM yang melapor
7	Nama Penyakit	Di isi dengan nama 10 penyakit terbanyak di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM diawali dengan penyakit yang terbanyak
8	Jumlah Kasus	Di isi sesuai dengan jumlah kasus bulan ini berdasarkan jenis kelamin untuk masing-masing penyakit di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM

LAPORAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
REKAPITULASI JENIS DAN PENANGANAN KELUHAN
DI RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi dengan Provinsi pelapor
2	Kab/ Kota	Di isi dengan Kabupaten/ Kota pelapor
3	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
5	RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/ BKIM	Di isi dengan nama RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM yang melapor
6	Jenis Keluhan	Di isi dengan jenis keluhan pasien maskin yang lapor
7	Asal Keluhan	Di isi dengan asal keluhan pasien maskin yang lapor
8	Jumlah Administrasi Tertangani	Di isi dengan jumlah keluhan administrasi pasien maskin yang tertangani
9	Jumlah Yankes yang Tertangani	Di isi dengan jumlah keluhan pelayanan yankes maskin yang tertangani
10	PPK	Di isi dengan jumlah asal keluhan dan yang tertangani

FORM Pengisian KAB-II C

Propinsi :
Kab/Kota :
Bulan :

Tahun :

NO	RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM	JENIS KELUHAN				ASAL KELUHAN						
		Administrasi		Pelayanan Kesehatan		Administrasi		Pelayanan Kesehatan		PPK		
		Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Kab/ Kota

(.....)
NIP

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN
DI PUSKESMAS**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Provinsi pelapor
2	Dinas Kesehatan	Di isi nama Dinas Kesehatan Provinsi pelapor
3	Tahun	Di isi dengan tahun pelaporan
4	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
5	Kabupaten/ Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota yang melapor
6	Jumlah peserta terdaftar sesuai data BPS (kuota)	Di isi dengan Jumlah Kuota yang terdapat pada Pedoman Pelaksanaan
7	Jumlah peserta yang memiliki Kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah peserta yang telah memiliki kartu Jamkesmas
8	Jumlah ibu hamil peserta Jamkesmas	Di isi dengan proyeksi ibu hamil dalam satu tahun dibagi dalam 12 bulan
9	Jumlah bayi baru lahir (KN2)	Di isi dengan proyeksi jumlah bayi yang baru lahir selama satu tahun dibagi dalam 12 bulan
10	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Di isi dengan jumlah kunjungan rawat jalan masyarakat miskin pada bulan ini
11	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Di isi dengan jumlah kunjungan masyarakat miskin laki-laki dan perempuan di pelayanan rawat jalan pada bulan ini
12	Jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan s/d bulan ini	Di isi dengan jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan masyarakat miskin s/d bulan ini
13	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini	Di isi dengan jumlah kunjungan rawat inap masyarakat miskin bulan ini
14	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini berdasarkan jenis kelamin	Di isi dengan jumlah kasus masyarakat miskin laki-laki dan perempuan di pelayanan rawat inap pada bulan ini
15	Jumlah kumulatif kunjungan rawat inap s/d bulan ini	Di isi dengan jumlah kumulatif kunjungan rawat inap masyarakat miskin s/d bulan ini
16	Jumlah kasus yang dirujuk	Di isi dengan jumlah pasien masyarakat miskin yang dirujuk
17	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan (K4)	Di isi dengan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan ibu hamil miskin (K4)
18	Jumlah Kunjungan Pemeriksaan bayi baru lahir (KN2)	Di isi dengan jumlah kunjungan pemeriksaan bayi baru lahir masyarakat miskin (KN2)
19	Jumlah persalinan oleh Tenaga Kesehatan	Di isi dengan jumlah persalinan ibu hamil miskin yang di tolong oleh Tenaga Kesehatan termasuk pendampingan
20	Jumlah ibu hamil yang dirujuk	Di isi dengan jumlah ibu hamil miskin yang dirujuk ke pelayanan tingkat lanjut.
21	Jumlah miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah masyarakat miskin yang berkunjung menggunakan Kartu Jamkesmas
22	Jumlah miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah masyarakat miskin yang berkunjung menggunakan Kartu Jamkesmas
23	Jumlah Puskesmas	Di isi dengan jumlah Puskesmas yang terdaftar dan telah di SK-kan
24	Jumlah Puskesmas Laporan	Di isi dengan jumlah Puskesmas yang telah memberikan laporan bulan ini

FORM Pengisian PROY-1 A

LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI PUSKESMAS
PER KABUPATEN/KOTA

PROVINSI
DINAS KESEHATAN
BULAW

TAHUN

No	KAB/KOTA	Terdaftar sesuai EPS	Memiliki Kartu Jamkesmas	Ibu Hamil Miskin	Jumlah Bayi Baru Lahir (KND)	Keperawatan Jamkesmas				Pelayanan Kesehatan				Material dan Non-staf				Jumlah Puskemas	Jumlah Puskemas Lapor			
						Terdapat	4	3	6	RJTP Bulan Ini	RJTP s/d Bulan Ini	Laki-laki	Perempuan	RTP Bulan Ini	RTP s/d Bulan Ini	Laki-laki	Perempuan			Jumlah Kasus dirujuk	Kehamilan (K4)	Bayi (KND)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
JUMLAH TOTAL																						

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

(.....)
SIP

Petunjuk pengisian FORM PROP I-B.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
PER KABUPATEN/KOTA**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Provinsi pelapor
2	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
3	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
4	Nomor	Di isi sesuai dengan nomor urut
5	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
6	Nama Penyakit	Di isi sesuai dengan nama 10 penyakit terbanyak diawali dengan penyakit yang terbanyak
7	Jumlah Kasus	Di isi sesuai dengan jumlah kasus masing-masing penyakit berdasarkan jenis kelamin di masing-masing kabupaten

Petunjuk pengisian FORM PROP I-B.2

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT INAP DI PUSKESMAS
PER KABUPATEN/KOTA**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Provinsi pelapor
2	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
3	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
4	Nomor	Di isi sesuai dengan nomor urut
5	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
6	Nama Penyakit	Di isi sesuai dengan nama 10 penyakit terbanyak di Puskesmas dengan Rawat Inap diawali dengan penyakit yang terbanyak
7	Jumlah Kasus	Di isi sesuai dengan jumlah kasus masing-masing penyakit berdasarkan jenis kelamin di masing-masing kabupaten

Petunjuk Pengisian FORM PROP-1 C

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI ASAL DAN JENIS PENANGANAN KELUHAN DI PUSKESMAS
PER KABUPATEN/ KOTA**

NO	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Provinsi	Di isi dengan nama Provinsi pelapor
2	Kabupaten/Kota	Di isi dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi dengan bulan pelaporan
4	Puskemas	Di isi dengan nama puskesmas yang melapor
5	Asal Keluhan	Di isi dengan keluhan yang berasal dari masyarakat miskin
6	Maskin	Di isi dengan keluhan yang berasal dari LSM, Akademisi, dll
7	Pemerhati	Di isi dengan keluhan yang berasal dari Pemberi Pelayanan Kesehatan yang melayani masyarakat miskin
8	PPK	
9	Jenis Keluhan	Di isi dengan keluhan mengenai administrasi pelayanan pasien miskin
10	Administrasi	
11	Pelayanan kesehatan	Di isi dengan keluhan mengenai pelayanan medis kepada pasien miskin

FORM Pengisian PROP-1 C

Propinsi
Bulan
Tahun :

NO	KAB/KOTA	JENIS KELUHAN			ASAL KELUHAN			Faskes			
		Administrasi Jumlah	Tertangani	Pelayanan Kesehatan Jumlah	Tertangani	Maskin Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi

(.....)
NIP

Petunjuk Pengisian FORM PROP-II A.1

LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM
PER KABUPATEN/KOTA

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Propinsi pelapor
2	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kab/Kota pelapor
3	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
4	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
5	Jumlah Total Tempat Tidur	Di isi sesuai dengan jumlah total tempat tidur yang tersedia di RS
6	Jumlah Tempat Tidur Kelas III	Di isi sesuai dengan jumlah tempat tidur kelas III di RS
7	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Bulan Ini	Di isi sesuai dengan jumlah seluruh kunjungan rawat jalan pada bulan pelaporan
8	Jumlah Seluruh Pasien Rawat Inap (Kelas III) Bulan Ini	Di isi sesuai dengan jumlah seluruh pasien rawat inap (kelas III) pada bulan pelaporan
9	Jumlah Seluruh Hari Rawat Inap Pasien Kelas III Bulan Ini	Di isi sesuai dengan jumlah hari seluruh pasien rawat inap kelas III pada bulan pelaporan
10	Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan pada bulan pelaporan
11	Jumlah kunjungan pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjutan berdasarkan jenis kelamin pada bulan pelaporan
12	Jumlah hari rawat inap pasien miskin bulan ini	Di isi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan pelaporan
13	Jumlah pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan bulan ini berdasarkan Jenis Kelamin	Di isi dengan jumlah seluruh pasien miskin Rawat Inap Tingkat Lanjutan berdasarkan Jenis kelamin pada bulan pelaporan
14	Jumlah hari rawat inap pasien miskin kelas III bulan ini	Di isi dengan jumlah hari seluruh pasien rawat inap peserta Jamkesmas pada bulan pelaporan
15	Jumlah kasus persalinan pasien miskin	Di isi dengan jumlah persalinan pasien miskin
16	Jumlah pasien miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah pasien miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas
17	Jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas	Di isi dengan jumlah pasien miskin yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas
18	Jumlah Faskes	Di isi dengan jumlah Faskes yang bekerjasama dalam program jamkesmas
19	Jumlah Faskes lapor	Di isi dengan jumlah Faskes yang bekerjasama dalam program jamkesmas yang melakukan pelaporan bulan ini

FORM Pengisian PROF-11.A.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/IBKPM/IBKIM
PER KABUPATEN/KOTA**

No	KABIKOTA	Pelayanan Kesehatan										Jumlah Faskes	Jumlah Faskes Ippor							
		Gambaran Umum					Jumlah Kunjungan Pasien Miskin													
		Total Tempat Tidur	Jumlah Tempat Tidur Kelas III	Jumlah Seluruh Pasien RJTL	Jumlah seluruh Pasien RJTL Kelas III	Jumlah Pasien RI Kelas III	Jumlah Hari Rawat Pasien Kelas III	RJTL Laki-laki	RJTL Perempuan	RITL Laki-laki	RITL Perempuan			Hari Rawat	Persalinan	Kartu Jamkesmas	Bukan Kartu Jamkesmas			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
JUMLAH TOTAL																				

.....
Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi
(.....)
NIP

Petunjuk Pengisian FORM PROP-II B.1

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Provinsi pelapor
2	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
3	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
4	Nomor	Di isi sesuai dengan nomor urut
5	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
6	Nama Penyakit	Di isi sesuai dengan nama 10 penyakit terbanyak di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM di awali dengan penyakit yang terbanyak
7	Jumlah Kasus	Di isi sesuai dengan jumlah kasus masing-masing penyakit berdasarkan jenis kelamin di masing-masing kabupaten

Petunjuk Pengisian FORM PROP-II B.2

**LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT INAP
DI RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM**

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Provinsi pelapor
2	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
3	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
4	Nomor	Di isi sesuai dengan nomor urut
5	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kabupaten/Kota pelapor
6	Nama Penyakit	Di isi sesuai dengan nama 10 penyakit terbanyak di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKIM di awali dengan penyakit yang terbanyak
7	Jumlah Kasus	Di isi sesuai dengan jumlah kasus masing-masing penyakit berdasarkan jenis kelamin di masing-masing kabupaten

LAPORAN DINAS KESEHATAN PROVINSI
REKAPITULASI JENIS DAN PENANGANAN KELUHAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM

NO.	ITEM	CARA PENGISIAN
1	Propinsi	Di isi sesuai dengan nama Propinsi pelapor
2	Bulan	Di isi sesuai dengan bulan pelaporan
3	Tahun	Di isi sesuai dengan tahun pelaporan
4	Kab/Kota	Di isi sesuai dengan nama Kab/Kota yang melapor
5	Asal Keluhan	
6	Maskin	Di isi sesuai dengan keluhan yang berasal dari masyarakat miskin
7	Pemerhati	Di isi sesuai dengan keluhan yang berasal dari LSM, Akademisi, dll
8	Faskes	Di isi sesuai dengan keluhan yang berasal dari Pusat Pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada maskin
9	Jenis Keluhan	
10	Administrasi	Di isi sesuai dengan keluhan mengenai administrasi program Jamkesmas
11	Pelayanan kesehatan	Di isi sesuai dengan keluhan mengenai pelayanan kesehatan Jamkesmas

FORM Pengisian PROP-II C

Propinsi :
 Bulan :

Tahun :

NO	RS/BP4/BKIM/BBKPM/BKPM/BKIM	JENIS KELUHAN				ASAL KELUHAN						
		Administrasi		Pelayanan Kesehatan		Administrasi		Pelayanan Kesehatan		Faskes		
		Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

.....
 Mengetahui
 Kepala Dinas Kesehatan Propinsi

(.....)
 NIP

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
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**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** : a. bahwa penghuni panti sosial, penghuni lembaga pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara, serta korban bencana telah ditetapkan menjadi Peserta Jamkesmas berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas Bagi Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan Dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana;
- b. bahwa agar penyelenggaraan Jamkesmas terhadap penghuni panti sosial, penghuni lembaga pemasyarakatan, dan korban bencana berjalan dengan efektif dan efisien perlu petunjuk teknis;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, Dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan Serta Rumah Tahanan Negara dengan Peraturan Menteri Kesehatan;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak (Lembaran Negara RI Tahun 1979 Nomor 32, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3134);
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan;
3. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Lembaran Negara RI Tahun 1998 Nomor 190, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3796);

4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
6. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4456);
7. Undang-Undang Nomor 41 Tahun 2008 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2009 (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4920);
8. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4723);
9. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4967);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1980 tentang Penanggulangan Gelandangan dan Pengemis (Lembaran Negara RI Tahun 1980 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3177);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Hak Warga Binaan Pemasyarakatan;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Wewenang Tugas dan Tanggungjawab Perawatan Tahanan;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jemkesmas Bagi Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan Dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAYANAN JAMKESMAS BAGI MASYARAKAT MISKIN AKIBAT BENCANA, MASYARAKAT MISKIN PENGHUNI PANTI SOSIAL, DAN MASYARAKAT MISKIN PENGHUNI LEMBAGA PEMASYARAKATAN DAN RUMAH TAHANAN NEGARA.**
- Kedua : Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas sebagaimana Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pelayanan peserta Jamkesmas bagi penghuni panti sosial, penghuni lembaga pemasyarakatan, dan korban bencana disamping mengacu pada Keputusan ini juga mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/ 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009.
- Keempat : Petunjuk sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- Kelima : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 23 Desember 2009



dr. ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH, MPH, Dr.PH

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR : 1259/Menkes/SK/XII/2009
TANGGAL : 23 Desember 2009

PETUNJUK TEKNIS PELAYANAN JAMKESMAS BAGI MASYARAKAT MISKIN AKIBAT BENCANA, MASYARAKAT MISKIN PENGHUNI PANTI SOSIAL, DAN MASYARAKAT MISKIN PENGHUNI LEMBAGA PEMASYARAKATAN SERTA RUMAH TAHANAN NEGARA

A. Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana

1. Masyarakat miskin akibat bencana merupakan peserta Jamkesmas sebagaimana ditetapkan melalui SK Menkes No 1185/Menkes/SK/XII/2009.
2. Yang dimaksud bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.
3. Penetapan peserta Jamkesmas yang berasal dari masyarakat miskin akibat korban bencana by name by address ditetapkan dengan Keputusan Bupati/Walikota.
4. Daftar yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota disampaikan kepada :
 - a) Pemerintah Daerah Provinsi.
 - b) Departemen Kesehatan untuk dijadikan database dan penerbitan kartu.
 - c) PPK Jaringan Jamkesmas setempat sebagai dasar untuk memberikan pelayanan kesehatan sebelum kartu diterima Peserta.
 - d) Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota.
5. Daftar yang disampaikan oleh Pemerintah Daerah Kab/Kota sebagaimana diatas dientry oleh Tim Pengelola Pusat untuk menjadi database selanjutnya diterbitkan kartu dan distribusikan kepada peserta melalui Pemerintah Daerah Kab/Kota, PPK Jaringan setempat.
6. Jangka waktu berlakunya kepesertaan Jamkesmas bagi masyarakat miskin akibat bencana selama 1 tahun dan dapat dievaluasi kembali.
7. Setiap peserta Jamkesmas yang berasal dari masyarakat miskin akibat korban bencana mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan: rawat jalan tingkat pertama (RJTP), rawat inap tingkat pertama (RITP), rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan gawat darurat.

8. Manfaat Jamkesmas yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, bukan berupa uang tunai.
9. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan.
10. Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama) diberikan di Puskesmas dan jaringannya.
11. Pelayanan kesehatan lanjutan (rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan) berdasarkan rujukan, diberikan di PPK jaringan Jamkesmas (BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM, Rumah Sakit Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dalam program Jamkesmas). Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga).
12. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas, untuk selanjutnya mendapatkan pelayanan kesehatan dasar yang dibutuhkan.
13. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke PPK lanjutan.
14. Kartu Jamkesmas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket pendaftaran pasien Jamkesmas di PPK lanjutan.
15. Selanjutnya dilakukan verifikasi kepesertaan dan penerbitan surat keabsahan kepesertaan (SKP).
16. Setelah mendapatkan SKP di PPK lanjutan, peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis.
17. Selama peserta belum menerima kartu Jamkesmas, yang bersangkutan dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan daftar peserta yang telah ditetapkan Bupati/Walikota sebagaimana point 3.
18. Biaya transportasi rujukan pasien dan pendampingnya dijamin Pemda Kabupaten/Kota setempat
19. Pengaturan secara umum pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas mengacu kepada Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

B. Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial

1. Masyarakat miskin penghuni Panti Sosial merupakan peserta Jamkesmas sebagaimana ditetapkan dengan Keputusan Menkes No 1185/Menkes/SK/XII/2009.

2. Panti Sosial sebagaimana dimaksud pada point 1 meliputi: balai, pusat, lembaga, rumah singgah, yayasan, organisasi sosial, rumah perlindungan yang menangani anak, lanjut usia, orang dengan kecacatan, korban napza, gelandangan, pengemis dan pemulung, tuna susila, wana, korban trafiking, orang dengan HIV dan Aids, bekas warga binaan pemasyarakatan. (Undang-Undang RI nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial)
3. Penetapan peserta Jamkesmas yang berasal dari masyarakat miskin penghuni Panti Sosial by name by adres ditetapkan dengan Keputusan Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota setempat.
4. Data sebagaimana dimaksud pada point 3 disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota cq. Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota dengan tembusan ke Dinas/Instansi Sosial Propinsi dan Departemen Sosial. Selanjutnya Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota menyampaikan ke Departemen Kesehatan cq Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dengan tembusan Dinas Kesehatan Provinsi cq Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi.
5. Entry data dan penerbitan kartu Jamkesmas peserta Panti Sosial dilakukan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat. Pendistribusian kartu Jamkesmas oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat ke Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota yang selanjutnya diserahkan kepada Panti Sosial melalui Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota setempat.
6. Setiap peserta Jamkesmas dari Panti Sosial mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan: rawat jalan tingkat pertama (RJTP), rawat inap tingkat pertama (RITP), rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan gawat darurat.
7. Manfaat Jamkesmas yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, bukan berupa uang tunai.
8. Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan.
9. Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama) diberikan di Puskesmas dan jaringannya.
10. Pelayanan kesehatan lanjutan (rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan) berdasarkan rujukan, diberikan di PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) jaringan Jamkesmas (BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM, Rumah Sakit Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dalam Jamkesmas). Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga).

11. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas.
12. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan lanjutan (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke PPK lanjutan.
13. Kartu Jamkesmas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket pendaftaran pasien Jamkesmas di PPK lanjutan.
14. Selanjutnya di PPK lanjutan dilakukan verifikasi kepesertaan dan penerbitan surat keabsahan kepesertaan (SKP).
15. Setelah mendapatkan SKP, peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis (RJTL atau RITL).
16. Selama peserta belum mendapatkan kartu Jamkesmas, maka mekanisme pelayanan kesehatan bagi peserta yang berasal dari Panti Sosial cukup dibuatkan rekomendasi/surat keterangan dari Pejabat Struktural Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota setempat.
17. Biaya transportasi rujukan pasien dan pendampingnya dijamin Panti Sosial dan/atau Dinas/Instansi Sosial .
18. Pengaturan secara umum pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas mengacu kepada Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas tahun 2009.

C. Lembaga Pemasyarakatan Dan Rumah Tahanan Negara

1. Masyarakat miskin penghuni Lapas dan Rutan merupakan peserta Jamkesmas sebagaimana ditetapkan dengan Keputusan Menkes No 1185/Menkes/SK/XII/2009.
2. Masyarakat miskin penghuni Lapas dan Rutan sebagaimana dimaksud pada point 1 meliputi: Narapidana, Tahanan, Anak Didik Pemasyarakatan.
3. Setiap peserta Jamkesmas Lapas dan Rutan mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan: rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan gawat darurat.
4. Manfaat Jamkesmas yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, bukan berupa uang tunai.
5. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
6. Pelayanan kesehatan lanjutan (rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan) berdasarkan rujukan, diberikan di PPK jaringan Jamkesmas (BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM, Rumah Sakit Pemerintah termasuk RS Khusus,

7. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di PPK lanjutan Peserta membawa surat keterangan atau rekomendasi dari Kepala Lapas/Rutan dan rujukan dari Dokter/Poliklinik Lapas/Rutan. Bila tidak ada poliklinik atau dokter Lapas/Rutan maka rujukan dilakukan oleh dokter Puskesmas setempat.
8. Selanjutnya dilakukan penerbitan surat keabsahan kepesertaan (SKP).
9. Setelah mendapatkan SKP di PPK lanjutan, peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis.
10. Biaya transportasi rujukan pasien, pendamping tenaga medis dan pengawalannya dijamin Lapas atau Rutan.
11. Pengaturan secara umum pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas mengacu kepada Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.


MENTERI KESEHATAN, *hp*
Endang Rahayu Sedyaningsih
dr. ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH, MPH, Dr.PH

**KOP SURAT DINAS/INSTANSI SOSIAL
KABUPATEN/KOTA**

SURAT REKOMENDASI

Nomor:

Yang tertera dibawah ini:

Nama :
Jenis Kelamin :
Tanggal lahir (umur) :
Alamat :

adalah benar penghuni panti sosial dan juga peserta Jamkesmas sesuai dengan SK Menkes RI Nomor: 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas Bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara Serta Korban Bencana.

Demikian surat rekomendasi ini dibuat sebagai pengganti kartu Jamkesmas yang belum diterbitkan dan dipergunakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam pelayanan Jamkesmas.

Tempat/tanggal dan tahun

Kepala/pejabat struktural dinas/
instansi sosial

ttd. dan stempel dinas

Catatan:

1. pejabat yang menandatangani adalah pejabat struktural
2. Bila kartu Jamkesmas sudah diterbitkan dan diterima, maka surat rrekomendasi tidak berlaku lagi

KOP SURAT LAPAS/RUTAN

SURAT REKOMENDASI

Nomor:

Yang tertera dibawah ini :
Nama :
Jenis Kelami :
Tanggal lahir (umur) :
Alamat :

Adalah benar penghuni lapas/rutan dan juga peserta Jamkesmas sesuai dengan SK Menkes RI Nomor: 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas Bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara Serta Korban Bencana.

Demikian surat rekomedasi ini dibuat untuk dipergunakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam pelayanan Jamkesmas.

Tempat/tanggal dan tahun

Kepala Lapas/Rutan,

ttd. dan stempel dinas

Daftar nama Penghuni Pantl Sosial/Korban Pasca Bencana Peserta Jamkesmas

No.	Nama	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir/Umur	Alamat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 856/Menkes/SK/IX/2009**

**TENTANG
STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang** :
- a. bahwa rumah sakit harus memiliki Standar Instalasi Gawat Darurat sehingga dapat memberikan pelayanan dengan respon cepat dan penanganan yang tepat;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.
- Mengingat** :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 3. Undang – undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang - Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Negara Nomor 4548);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 448/Menkes/SK/

VII/1993 tentang Pembentukan Tim Kesehatan Penanggulangan Korban Bencana di setiap Rumah Sakit;

7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten/Kota;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan** :
- Kesatu : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT
- Kedua : Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- Ketiga : Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua agar digunakan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dan penyelenggara rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat di rumah sakit.
- Keempat : Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing- masing.
- Kelima : Dengan ditetapkannya Keputusan Menteri ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit sepanjang mengatur mengenai gawat darurat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- Keenam : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 25 September 2009



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



Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 856/Menkes/SK/IX/2009
Tanggal : 25 September 2009

STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes, pada tahun 2007 jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 1.319 yang terdiri atas 1.033 RSU dengan jumlah kunjungan ke RSU sebanyak 33.094.000, sementara data kunjungan ke IGD sebanyak 4.402.205 (13,3 % dari total seluruh kunjungan di RSU), dari jumlah seluruh kunjungan IGD terdapat 12,0 % berasal dari pasien rujukan.

Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat.

Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit sesuai dengan standar.

Disisi lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya serta siap mengambil alih tanggung jawab yang selama ini dilakukan oleh pusat.

Untuk itu daerah harus dapat menyusun perencanaan di bidang kesehatan khususnya pelayanan gawat darurat yang baik dan terarah agar mutu pelayanan kesehatan tidak menurun, sebaliknya meningkat dengan pesat.

Oleh karenanya Depkes perlu membuat standar yang baku dalam pelayanan gawat darurat yang dapat menjadi acuan bagi daerah dalam mengembangkan pelayanan gawat darurat khususnya di Instalasi Gawat Darurat RS.

B. Prinsip Umum

1. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan :
 - I Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat
 - I Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).

2. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
3. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD).
4. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
5. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
6. Organisasi Instalasi Gawat Darurat (IGD) didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana, yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.
7. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi berikut.

C.- Klasifikasi

Klasifikasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat terdiri dari :

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B.
3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C.
4. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.

D. Target Pencapaian Standar

1. Target pencapaian STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT Rumah Sakit secara nasional adalah maksimal 5 tahun dari tanggal penetapan SK.
2. Setiap Rumah Sakit dapat menentukan target pencapaian lebih cepat dari target maksimal capaian secara nasional.
3. Rencana pencapaian dan penerapan STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT Rumah Sakit dilaksanakan secara bertahap berdasarkan pada analisis kemampuan dan potensi daerah.

II. JENIS PELAYANAN

Level IV	Level III	Level II	Level I
<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pd A, B, C dgn alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i>, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/ R. Resusitasi-ICU 4. Bedah <i>cito</i> 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pd A, B, C dgn alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i>: Penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R. Resusitasi 4. Bedah <i>cito</i> 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pd A : Jalan nafas (airway problem). B : Pernafasan (Breathing problem) dan C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem) 2. Penilaian Disability, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi (observasi HCU) 3. Bedah <i>cito</i> 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan Permasalahan pd A : Jalan nafas (airway problem). B : Pernafasan (Breathing problem) dan C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem) 2. Melakukan Stabilisasi dan evakuasi

III. SUMBER DAYA MANUSIA

Level Kualifikasi Tenaga	Level IV	Level IV	Level IV	Level IV
Dokter Subspesialis	1 Semua jenis <i>on call</i>	-	-	-
Dokter Spesialis	14 Besar + Anestasi <i>on site</i> 1 (dr Spesialis lain <i>on call</i>)	1 Bedah, Obsgyn, Anak, Penyakit Dalam <i>on site</i> (dokter spesialis lain <i>on call</i>)	1 Bedah, Obsgyn Anak, Penyakit Dalam <i>on call</i> .	-
Dokter PPDS	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam (RS Pendidikan)	-	-
Dokter Umum (+Pelatihan Kegawat Daruratan) GELTS, ATLS, ACLS, dll	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam
Perawat Kepala SI DIII (+Pelatihan Kegawat Daruratan) <i>Emergency Nursing, BTLS, BCLS dll</i>	Jam kerja / Diluar jam kerja	Jam kerja / Diluar jam kerja	Jam kerja /	Jam kerja /
Perawat (+Pelatihan <i>Emergency Nursing</i>)	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam
Non Medis Bagian Keuangan Kamtib (24 jam) Pekarya (24 jam)	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam

IV. PERSYARATAN SARANA

A. Persyaratan Fisik Bangunan :

1. Luas bangunan IGD disesuaikan dengan beban kerja RS dengan memperhitungkan kemungkinan penanganan korban massal / bencana.
2. Lokasi gedung harus berada dibagian depan RS, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda-tanda yang jelas dari dalam dan luar Rumah Sakit.
3. Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada klasifikasi IGD level I dan II.
4. Ambulans/kendaraan yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan (catatan: untuk lantai IGD yang tidak sama tinggi dengan jalan ambulans harus membuat *ramp*).
5. Pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankar.
6. Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban RS)
7. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar dan tidak ada "*cross infection*", dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan RS, mudah dibersihkan dan memudahkan kontrol kegiatan oleh perawat kepala jaga.
8. Area dekontaminasi ditempatkan di depan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD.
9. Ruang triase harus dapat memuat minimal 2 (dua) brankar.
10. Mempunyai ruang tunggu untuk keluarga pasien.
11. Apotik 24 jam tersedia dekat IGD.
12. Memiliki ruang untuk istirahat petugas (dokter dan perawat)

B. Persyaratan Sarana

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
1	RUANG PENERIMAAN					
	a. R. Tunggu (Public Area)					
	- Informasi	+	+	+	-	
	- Toilet	+	+	+	+	
	- Telepon Umum	+	+	-	-	
	- ATM	+	-	-	-	
	- Kafetaria	+	-	-	-	
	- Keamanan	+	+	-	-	
	b. R. Administrasi					
	- Pendaftaran pasien baru/ rawat	+	+	+	-	
	- Keuangan	+	+	-	-	
	- Rekam Medik	+	+	+	+	Tergantung IT Sistem
	c. R. Triase	+	+	+		Bisa bergabung dengan ruangan lain
	d. R. Penyimpanan Strecher	+	+	+	-	
	e. R. Informasi dan Komunikasi	+	+	+/-	-	
2	RUANG TINDAKAN					
	a. R. Resusitasi	+	+	+	+	
	b. R. Tindakan					
	- Bedah	+	+	+		
	- Non Bedah / Medical	+	+	+		Bisa Bergabung
	- Anak	+				Bisa Bergabung
	- Kebidanan	+				
	c. R. Dekontaminasi	+	+/-	+/-	+/-	Bagi IGD yang berada dekat industri harus memiliki ruang ini.
3	RUANG OPERASI	+	+	+/-	-	Bisa bergabung atau terpisah dan dapat diakses 24 Jam

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
4	RUANG OBSERVASI	+	+	+	Bisa bergabung dengan ruangan lain	
5	RUANG KHUSUS					
	a. R. Intermediate/ HCU					
	. Umum	+	+	+	-	
	. Cardiac / Jantung	+	+	-	-	Bisa bergabung atau terpisah dan dapat diakses 24 jam
	. Pediatric/ Anak	+	+/-	-	-	
	. Neonatus	+	+/-	-	-	
	b. R. Luka Bakar	+	+/-	-	-	
	c. R. Hemodialisis	+	+/-	-	-	
	d. R. Isolasi	+	+/-	-	-	

V. FASILITAS / PRASARANA MEDIS

Fasilitas dan penunjang yang harus tersedia selain ditentukan oleh level IGD rumah sakit, juga oleh jumlah kasus yang ditangani.

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
A. RUANG TRIASE						
	z. Kit Pemeriksaan Sederhana	+	+	+	+	Minimal 2
	z. Brankar Penerimaan Pasien	+	+	+	+	Rasio (Cross Sectional)
	z. Pembuatan rekam medik khusus					(Perlu dibuatkan form)
	z. Label (pada saat korban massal)	+	+	+	+	
B. RUANG TINDAKAN						
1 Ruang Resusitasi						
	z. Nasopharyngeal tube	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Oropharyngeal tube	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Laringoscope set Anak	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Laringoscope set Dewasa	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Nasotrakheal tube	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Orotracheal	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Suction	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Tracheostomi set	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Bag Valve Mask (Dewasa / Anak)	+	+	+	+	Minimal 1 setiap no
	z. Kanul Oksigen	+	+	+	+	Sesuai jumlah TT
	z. Oksigen Mask (Dewasa / Anak)	+	+	+	+	Minimal 1
	z. Chest Tube	+	+	+	+	Minimal 1
	z. Crico/ Trakheostomi	+	+	+	+	Minimal 1

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
	z Ventilator Transport	+	+	+/-	-	Minimal 1
	z Vital Sign Monitor	+	+	+/-	-	Sesuai Jumlah TT
	z Infusion pump	+	+	+/-	-	2 s/d 3 tiap TT
	z Syringe pump	+	+	+/-	-	
	z ECG	+	+	+	+	Minimal 1
	z Vena Section	+	+	+	+	Minimal 1
	z Defibrilator	+	+	+	+	Minimal 1
	z Gluko stick	+	+	+	+	Minimal 1
	z Stetoskop	+	+	+	+	Minimal 1
	z Termometer	+	+	+	+	Minimal 1
	z Nebulizer	+	+	+	+	Minimal 1
	z Oksigen Medis / Concentrators	+	+	+	+	Rasio 1 : 1 TT di IGD
	z Warmer	+	+	+/-	+	Minimal 1
	Imobilization Set					
	z Neck Collar	+	+	+	+	Minimal 1
	z Splint	+	+	+	+	Minimal 1 set
	z Long Spine Board	+	+	+	+	Minimal 1 set
	z Scoop Strecher	+	+	+	+	Minimal 1 set
	z Kendrik Extrinsic Device (KED)	+	+	+	+	Minimal 1 set
	z Urine Bag	+	+	+	+	Minimal 1 set/ TT
	z NGT	+	+	+	+	Minimal 1 set
	z Wound Toilet Set	+	+	+	+	Minimal 1 set
	OBAT – OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI					
	z Cairan Infus Koloid	+	+	+	+	Selalu Tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus diresepkan
	z Cairan Infus Kristaloid	+	+	+	+	
	z Cairan Infus Dextrose	+	+	+	+	
	z Adrenalin	+	+	+	+	
	z Sulfat Atropin	+	+	+	+	
	z Kortikosteroid	+	+	+	+	

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET	
	z Lidokain	+	+	+	+	Selalu Tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus di resepkan	
	z Dextrose 50 %	+	+	+	+		
	z Aminophilin	+	+	+	+		
	z ATS . TT	+	+	+	+		
	z Trombolitik	+	+	+	+		
	z Amiodaron (inotropik)	+	+	+	+		
	z APD : masker, sarung tangan , kacamata google	+	+	+	+		
	z Manitol	+	+	+	+		
	z Furosemid	+	+	+	+		
2	Ruang Tindakan Bedah						
		ALAT MEDIS					
	z Meja Operasi / Tempat tidur tindakan	Minimal 3	Minimal 3	Minimal 1	Minimal 1		
	z Dressing set	Minimal 10	Minimal 10	Minimal 10	Minimal 10		
	z Infusion set	Minimal 10	Minimal 10	Minimal 10	Minimal 10		
	z Vena Section set	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-		
	z Torakosintetis set	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-		
	z Metal kauter	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-		
	z Film Viewer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-		
	z Tiang Infus	Minimal 6	Minimal 6	Minimal 2	Minimal 2		
	z Lampu Operasi	Minimal 3	Minimal 3	Minimal 1	Minimal 1		
	z Thermometer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Stetoskop	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Suction	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Sterilisator	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Bidai	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Splint	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
OBAT-OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI						
	z Analgetik	+	+	+	+	Selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di Ruang Tindakan Bedah tanpa harus diresepkan
	z Antiseptik	+	+	+	+	
	z Cairan kristaloid	+	+	+	+	
	z Lidokain	+	+	+	+	
	z Wound dressing	+	+	+	+	
	z Alat-alat anti septic	+	+	+	+	
	z ATS	+	+	+	+	
	z Anti Bisa Ular	+	+	+	+	
	z Anti Rabies	+	+	+	+	
	z Benang jarum	+	+	+	+	
	z APD : masker, sarun tangan, kacamata google	+	+	+	+	
3	Ruang Tindakan Medik					
PERALATAN MEDIS						
	z Kubah Lambung Set	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z EKG	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Kursi Periksa	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Irigator Pemeriksaan	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Nebulizer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Suction	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Oksigen Medis	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z NGT	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Syringe Pump	Minimal 2	Minimal 2	Minimal 2	-	
	z Infusion Pump	Minimal 2	Minimal 2	Minimal 2	-	
	z Jarum Spinal	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Lampu Kepala	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Bronchoscopy	Minimal 1	-	-	-	

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
	z Ophthalmoscope	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Oscope set	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Slit Lamp	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Tiang Infus	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Tempat Tidur	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Film Viewer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
OBAT – OBATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI						
	z Cairan Infus Koloid	+	+	+	+	Selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus di resepkan
	z Cairan Infus Kristaloid	+	+	+	+	
	z Cairan Infus Dextrose	+	+	+	+	
	z Adrenalin	+	+	+	+	
	z Sulfas Atropin	+	+	+	+	
	z Kortikosteroid	+	+	+	+	
	z Lidokain	+	+	+	+	
	z Aminophilin / β 2 bloker	+	+	+	+	
	z Pethidin	+	+	+	+	
	z Morfin	+	+	+	+	
	z Anti convulsion	+	+	+	+	
	z Dopamin	+	+	+	+	
	z Dobutamin	+	+	+	+	
	z ATS	+	+	+	+	
	z Trombolitik	+	+	+	+	
	z Amodaron (inotropik)	+	+	+	+	
	z APD : masker, sarung tgn, kacamata google	+	+	+	+	
	z Manitol	+	+	+	+	
	z Furosemid	+	+	+	+	

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
4	Ruang Tindakan Bayi & Anak					
		PERALATAN MEDIS				
	z Inkubator	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Tiang Infus	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Tempat Tidur	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Film Viewer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Suction	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Oksigen	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
		OBAT- OABATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI				
	z Stesolid	+	+	+	+	Tersedia dalam jumlah yang cukup
	z Mikro drips set	+	+	+	+	
	z Intra Osseus set	+	+	+	+	
5	Ruang Tindakan Kebidanan					
		PERALATAN MEDIS				
	z Kuret Set	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Partus Set	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Suction bayi	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	
	z Meja Ginekologi	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Meja Partus	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Vacuum set	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Forcep set	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z CTG	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Resusitasi set	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Doppler	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	
	z Suction Bayi baru lahir	Minimal 1	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	Minimal 1/ bergabung	

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
	z. Laennec	Minimal 1	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	
	z. Tiang Infus	Minimal 1	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	
	z. Tempat Tidur	Minimal 1	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	
	z. Film Viewer	Minimal 1	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	Minimal 1 / bergabung	
OBAT -OBATAN						
	z. Uterotonika	+	+	+	+	Tersedia dalam jumlah yang cukup
	z. Prostaglandin	+	+	+	+	
6	Ruang Operasi (R. Persiapan dan Kamar Operasi					
	a. RUANG PERSIAPAN					
	z. Ruang ganti					Tindakan / operasi yang dilakukan terutama untuk keadaan <i>Cito</i> , bukan elektif
	z. Brankar	+	+	+/-	-	
	z. Oksigen	+	+	+/-	-	
	z. Suction	+	+	+/-	-	
	z. Linen	+	+	+/-	-	
	b. KAMAR OPERASI					
	z. Meja Operasi	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	Tindakan yang dilakukan terutama untuk keadaan <i>Cito</i> , bukan elektif
	z. Mesin Anestesi	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. Alat regional Anestesi	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. Lampu (Mobile / statis)	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. Pulse Oximeter	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. Vital Sign Monitor	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. Meja Instrumen	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. Suction	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z. C-arm	Minimal 1	Minimal 1	-	-	

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
	z Film Viewer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Set Bedah dasar	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Set laparotomi	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Set Apendiktomi	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Set sectiosesaria	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Set Bedah anak	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Set Vascular	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Torakosintetis set	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Set Neurosurgery	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Set orthopedic	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Set urologi Emergency	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Set Bedah Plastik Emergency	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Set Laparoscopy	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Endoscopy surgery	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Laryngoscope	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Bag Valve Mask	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
	z Defibrilator	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1		
c. RUANG RECOVERY						
	z Infusion pump	Minimal 2	Minimal 2	Minimal 2	-	Tindakan yang dilakukan terutama untuk keadaan <i>Cito</i> , bukan elektif
	z Syringe pump	Minimal 2	Minimal 2	Minimal 2	-	
	z Bed Side Monitor	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Suction	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Tiang Infus	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
	z Infusion set	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Oxygen Line	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
C. RUANG PENUNJANG MEDIS						
1. Ruang Radiology						
	z Mobile X-ray	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	+/-	Bisa bergabung/ tersendiri dan dapat diakses 24 jam
	z Mobile USG	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z Apron Timbal	Minimal 2	Minimal 2	Minimal 2	-	
	z CT Scan	Minimal 1	Minimal 1	-	-	
	z MRI	Tersedia 1	-	-	-	
	z Automatic Film Processor	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
	z Film Viewer	Minimal 1	Minimal 1	Minimal 1	-	
2. Ruang Laboratorium						
a. Lab. Standar						
	z Lab. Rutin	+	+	+	+	Bisa bergabung / tersendiri dan dapat diakses 24 jam
	z Elektrolit	+	+	+	+	
	z Kimia Darah	+	+	+	+	
	z Analisa Gas Darah	+	+	+/-	-	
	z CKMB (Jantung)	+	+/-	-	-	
b. Lab. Khusus						
	3. Bank Darah (BDRS)	+	+ Bisa bergabung			Dapat Diakses 24 jam
	z BMHP (Bahan Medis Habis Pakai)	+	+	+	+	
4. Ruang Sterilisasi						
	z Basah	+	+	+	+	Minimal 1
	z Autoclave	+	+	+	+	Minimal 1

NO	KELAS/ RUANG	LEVEL IV	LEVEL III	LEVEL II	LEVEL I	KET
5. Gas Medis : N ₂ O						
	z Tabung Gas	+	+	+	+	
	z Sentral	+	+	+/-	+/-	
D. RUANG PENUNJANG NON MEDIS						
1. Alat Komunikasi Internal						
	z Fix	+	+	+	+	
	z Mobile	+	+/-	+/-	+/-	
	z Radio Medik	+	+	+/-	+/-	
2. Alat Komunikasi Eksternal						
	z Fix	+	+	+	+	
	z Mobile	+	+/-	+/-	+/-	
	z Radio Medik	+	+	+	+	
3. Alat Rumah Tangga						
Tersedia						
	z Komputer	+	+	+/-	-	
	z Mesin Ketik	+	+	+	+/-	
	z Alat Kantor	+	+	+	+	
	z Meubelair	+	+	+	+	
	z Papan Tulis	+	+	+	+	

Ditandatangani: Jakarta
 Pada tanggal : 25 September 2009



MENTERI KESEHATAN RI,

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

KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PERBENDAHARAAN

PERATURAN DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
NOMOR PER- 21 /PB/2011

TENTANG

PETUNJUK PENCAIRAN
DANA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN,

- Menimbang : a. bahwa Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dilaksanakan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan pemberian perlindungan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu, serta mempercepat pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs);
- b. bahwa untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan program sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu diatur lebih lanjut petunjuk pencairan dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan tentang Petunjuk Pencairan Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 134/PMK.06/2005 tentang Pedoman Pembayaran dalam Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
7. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-66/PB/2005 tentang Mekanisme Pelaksanaan Pembayaran atas Beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-11/PB/2011;

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN TENTANG PETUNJUK PENCAIRAN DANA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan ini yang dimaksud dengan:

1. Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disebut DIPA adalah dokumen pelaksanaan anggaran yang dibuat oleh Menteri/ Pimpinan Lembaga atau Satuan Kerja (Satker) serta disahkan oleh Direktur Jenderal Perbendaharaan atau Kepala Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan atas nama Menteri Keuangan dan berfungsi sebagai dasar untuk melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran negara dan pencairan dana atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) serta dokumen pendukung kegiatan akuntansi pemerintah.
2. Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas adalah program yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas kesehatan yang mempunyai kompetensi untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat dasar (Puskesmas, Puskesmas Rawat Inap, Bidan Praktik, Dokter Praktik, dan Klinik Bersalin).
4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan adalah fasilitas kesehatan yang mempunyai kompetensi untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit dan Balai Kesehatan).
5. Jaminan Persalinan adalah jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan Keluarga Berencana pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir bagi seluruh sasaran.
6. Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota adalah tim yang mengelola Jamkesmas dan bertanggung jawab dalam mengelola kelancaran penyelenggaraan Jamkesmas di Kabupaten/Kota yang dibentuk oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas.
7. Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Anggaran yang selanjutnya disebut PA/Kuasa PA adalah Menteri/Pimpinan Lembaga atau kuasanya yang bertanggung jawab atas pengelolaan anggaran pada Kementerian Negara/Lembaga.
8. Surat Perintah Membayar yang selanjutnya disingkat SPM adalah dokumen yang diterbitkan oleh PA/Kuasa PA atau pejabat lain yang ditunjuk untuk mencairkan dana yang bersumber dari DIPA atau dokumen lain yang dipersamakan.
9. Surat Perintah Membayar Langsung yang selanjutnya disebut SPM-LS adalah surat perintah membayar yang dikeluarkan oleh PA/Kuasa PA kepada pihak ketiga atas dasar perikatan atau surat keputusan.

10. Surat Perintah Pencairan Dana yang selanjutnya disebut SP2D adalah surat perintah yang diterbitkan oleh KPPN selaku Kuasa Bendahara Umum Negara kepada Bank Operasional/Kantor Pos dan Giro berdasarkan SPM untuk memindahbukukan sejumlah uang dari Kas Negara ke rekening pihak yang ditunjuk dalam SP2D berkenaan.
11. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak yang selanjutnya disingkat SPTJM adalah surat pernyataan yang dibuat oleh Kuasa PA yang memuat pernyataan bahwa seluruh pengeluaran untuk pembayaran Jamkesmas telah dihitung dan dilakukan dengan benar dan pernyataan kesanggupan untuk mengembalikan kepada negara apabila terdapat kelebihan pembayaran dan/atau kerugian negara.
12. Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara yang selanjutnya disingkat KPPN adalah instansi vertikal Direktorat Jenderal Perbendaharaan yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan, yang memperoleh kewenangan sebagai Kuasa Bendahara Umum Negara.
13. Arsip Data Komputer yang selanjutnya disingkat ADK adalah arsip data berbentuk *softcopy* yang disimpan dalam media penyimpanan digital.

BAB II

SUMBER DANA

Pasal 2

- (1) Alokasi dana Jamkesmas bersumber dari DIPA Sekretariat Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan, yaitu pada:
 - a. Kegiatan Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Masyarakat Miskin;
 - b. Kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin.
- (2) Jumlah dana yang tercantum dalam DIPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pagu tertinggi yang tidak dapat dilampaui.

BAB III

PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

Pasal 3

- (1) Dana Jamkesmas pada Kegiatan Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a diberikan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan.
- (2) Dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditransfer langsung dari Kas Negara ke rekening Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan.
- (3) Besaran alokasi dan tata cara penyaluran dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan.
- (4) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan melaksanakan kegiatan Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Masyarakat Miskin termasuk pelayanan Jaminan Persalinan berdasarkan petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

13

Pasal 4

- (1) Dalam rangka pencairan dana kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin, Menteri Kesehatan menetapkan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota untuk menyalurkan dana kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama pada Kabupaten/Kota masing-masing.
- (2) Dana Jamkesmas pada Kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b diberikan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- (3) Dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditransfer langsung dari Kas Negara ke rekening Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.
- (4) Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota menyalurkan dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama pada Kabupaten/Kota masing-masing berdasarkan petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- (5) Besaran alokasi dan tata cara penyaluran dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan.
- (6) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melaksanakan kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin termasuk pelayanan Jaminan Persalinan berdasarkan petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

BAB IV

TATA CARA PENGAJUAN SPM DAN PENERBITAN SP2D

Pasal 5

Pengajuan SPM dana Jamkesmas dilakukan dengan cara menerbitkan SPM-LS ke KPPN Jakarta V oleh Kuasa PA.

Pasal 6

- (1) Kuasa PA menerbitkan SPM-LS untuk dana Jamkesmas pada Kegiatan Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a dengan melampirkan:
 - a. Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan Penerima Dana Jamkesmas;
 - b. SPTJM;
 - c. Daftar Nominatif Penerima Dana Jamkesmas yang ditandatangani Kuasa PA yang memuat paling kurang nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan, besaran dana Jamkesmas, dan nomor rekening;
 - d. ADK SPM dan ADK Rekening Penerima Dana Jamkesmas.
- (2) Kuasa PA menerbitkan SPM-LS untuk dana Jamkesmas pada Kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b dengan melampirkan:

A

- a. Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota yang akan menyalurkan dana Jamkesmas kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama pada Kabupaten/Kota masing-masing;
- b. SPTJM;
- c. Daftar Nominatif Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota yang ditandatangani oleh Kuasa PA yang memuat paling kurang nama Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota, besaran dana Jamkesmas, dan nomor rekening;
- d. ADK SPM dan ADK Rekening Penerima Dana Jamkesmas.

Pasal 7

- (1) KPPN menerbitkan SP2D setelah SPM-LS beserta dokumen pendukung diterima lengkap dan benar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) dan ayat (2).
- (2) Tata cara penerbitan SP2D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan yang mengatur mengenai mekanisme pelaksanaan pembayaran atas beban APBN.

BAB V

PERTANGGUNGJAWABAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

Kuasa PA bertanggung jawab penuh atas penetapan dan perhitungan biaya serta penggunaan dana Jamkesmas sebagaimana tertuang dalam DIPA.

Pasal 9

Kuasa PA wajib menyusun laporan pertanggungjawaban pencairan dana Jamkesmas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 10

- (1) Sisa dana pada rekening Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota yang tidak digunakan dan/atau tidak tersalurkan sampai dengan akhir tahun anggaran harus disetor ke Kas Negara.
- (2) Pendapatan atas bunga dan jasa giro yang diperoleh atas pengelolaan dana Jamkesmas pada rekening Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota harus disetor ke Kas Negara.
- (3) Dana Jamkesmas merupakan dana APBN dan bukan bagian dari dana transfer daerah ke Pemerintah Kabupaten/Kota.
- (4) Penggunaan dana Jamkesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak melalui Kas Daerah.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan ini mulai berlaku, Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-35/PB/2006 tentang Petunjuk Penyaluran dan Pencairan Dana Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-32/PB/2007, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 14 April 2011

DIREKTUR JENDERAL,

AGUS SUPRIJANTO
NIP 195308141975071001



DEPARTEMEN KESEHATAN R.I
DIREKTORAT JENDERAL
BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling No. 4-9 Jakarta 12950
 Telp. : (021) 5201590 Pesawat 2029, 5006, 5900 Fax. : (021) 52964838 Tromol Pos : 203



Kepada Yth:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
3. Direksi Rumah Sakit Pemerintah

di

seluruh Indonesia

SURAT EDARAN

NOMOR: HK.03.03/I/245/10

TENTANG

PELAKSANAAN PENGGUNAAN OBAT GENERIK

Sehubungan dengan telah ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/MENKES/159/I/2010 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, dengan ini disampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Bahwa capaian Millenium Development Goals (MDG's) harus didukung oleh akses terhadap obat yang aman, berkhasiat, bermutu serta terjamin dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan, serta efisiensi pembiayaan obat melalui penerapan *health/medicine account* dan prinsip farmakonomi.
2. Ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah merupakan tanggung jawab Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagai berikut:
 - a. Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, pemerintah daerah wajib menyediakan obat generik untuk pasien rawat jalan dan rawat inap;
 - b. Penyediaan obat generik sebagaimana dimaksud pada butir (a) berdasarkan pada formularium yang disusun oleh fasilitas pelayanan kesehatan dimaksud;
 - c. Formularium sebagaimana yang dimaksud pada butir (b) mengacu kepada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).



DEPARTEMEN KESEHATAN R.I
DIREKTORAT JENDERAL
BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling No. 4-9 Jakarta 12950
 Telp. : (021) 5201590 Pesawat 2029, 5008, 5900 Fax. : (021) 52964838 Tromol Pos : 203



Kepada Yth:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
3. Direksi Rumah Sakit Pemerintah

di

seluruh Indonesia

SURAT EDARAN

NOMOR: HK.03.03/I/245/10

TENTANG

PELAKSANAAN PENGGUNAAN OBAT GENERIK

Sehubungan dengan telah ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/MENKES/159/I/2010 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, dengan ini disampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Bahwa capaian Millenium Development Goals (MDG's) harus didukung oleh akses terhadap obat yang aman, berkhasiat, bermutu serta terjamin dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan, serta efisiensi pembiayaan obat melalui penerapan *health/medicine account* dan prinsip farmakonomi.
2. Ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah merupakan tanggung jawab Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagai berikut:
 - a. Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, pemerintah daerah wajib menyediakan obat generik untuk pasien rawat jalan dan rawat inap;
 - b. Penyediaan obat generik sebagaimana dimaksud pada butir (a) berdasarkan pada formularium yang disusun oleh fasilitas pelayanan kesehatan dimaksud;
 - c. Formularium sebagaimana yang dimaksud pada butir (b) mengacu kepada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).

3. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, diatur kewajiban dari beberapa pemangku kepentingan (*stakeholders*) sebagai berikut:
 - a. berdasarkan ketentuan Pasal 3 dan Pasal 6, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berkewajiban:
 - 1) menyediakan obat esensial dengan nama generik untuk kebutuhan Puskesmas dan Unit Pelaksana Teknis lainnya sesuai kebutuhan.
 - 2) membuat perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penyediaan, pengelolaan dan pendistribusian obat kepada puskesmas dan pelayanan kesehatan lain.
 - b. berdasarkan ketentuan Pasal 2, Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, Pemerintah Daerah wajib menyediakan obat generik untuk kebutuhan pasien rawat jalan dan rawat inap dalam bentuk formularium.
 - c. berdasarkan ketentuan Pasal 4, dokter yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah berkewajiban:
 - 1) menulis resep obat generik bagi semua pasien sesuai indikasi medis, namun dapat menyetujui pergantian resep obat generik dengan obat generik bermerek/bermerek dagang dalam hal obat generik tertentu belum tersedia.
 - 2) dapat menulis resep untuk diambil di Apotek atau diluar fasilitas pelayanan kesehatan dalam hal obat generik tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - d. berdasarkan ketentuan Pasal 7, Apoteker dapat mengganti obat merek dagang/obat paten dengan obat generik yang sama komponen aktifnya atau obat merek dagang lain atas persetujuan dokter dan/atau pasien.
4. Pemerintah, Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota diberikan kewenangan untuk menindaklanjuti pelanggaran atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, dengan cara:
 - a. dapat memberi peringatan lisan atau tertulis kepada dokter, tenaga kefarmasian dan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang melakukan pelanggaran.

- b. peringatan lisan atau tertulis diberikan paling banyak 3 (tiga) kali dan apabila peringatan tersebut tidak dipatuhi, dapat menjatuhkan sanksi administratif kepegawaian kepada yang bersangkutan.
5. Tata cara pembinaan dan pengawasan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/MENKES/159/I/2010 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah.
 6. Berkenaan dengan hal tersebut diatas maka kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dan Direktur Rumah Sakit seluruh Indonesia agar :
 - a. Menggerakkan dan mendorong penggunaan obat generik
 - b. Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota/Rumah Sakit menyediakan obat generik
 - c. Memaksimalkan fungsi apoteker dalam penerapan penggunaan obat generik dengan mengganti resep obat merk dagang dengan obat generik yang sama komponen aktifnya
 7. Khusus untuk Rumah Sakit agar Direktur menugaskan Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) Rumah Sakit untuk melaksanakan pemantauan dan evaluasi penggunaan obat generik.
 8. Hasil pemantauan dan evaluasi penggunaan obat generik dilaporkan melalui mekanisme dan sistem pelaporan yang berlaku sejak 1 Mei 2010.

Demikian surat edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebaik-baiknya dengan penuh tanggung jawab.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 7 April 2010

Direktur Jenderal,



[Handwritten Signature]
Dr. Sri Indrawaty, Apt, M.Kes.

NIP.195306211980122001