



BUPATI TEGAL

PERATURAN BUPATI TEGAL NOMOR : 33 TAHUN 2011

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) KABUPATEN TEGAL TAHUN 2011

BUPATI TEGAL,

- 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 Peraturan Bupati Tegal Nomor 02 Tahun 2010 tentang sudah tidak sesuai lagi dengan kebutuhan lapangan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati Tegal tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Kabupaten Tegal tahun 2011 ;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah;
2. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang – Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
5. 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);

6. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1986 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal dan Kabupaten Daerah Tingkat II Tegal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1986 Nomor 8, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3321);
9. 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);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
11. 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);
12. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 3637);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1986 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tegal dan Kabupaten Daerah Tingkat II Tegal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1986 Nomor 8, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3321);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);

16. 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);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 13 Tahun 2007 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Tahun 2007 Nomor 13);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Kabupaten Tegal (Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Nomor 17);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 6 Tahun 2008 tentang Pola Organisasi Pemerintah Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Tahun 2008 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Nomor 21) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 9 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 6 Tahun 2008 tentang Pola Organisasi Pemerintah Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Tahun 2009 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tegal Nomor 33) ;
21. Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 8 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi Dinas-Dinas Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 23) ;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) KABUPATEN TEGAL TAHUN 2011.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Tegal.
2. Bupati adalah Bupati Tegal.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Tegal.

5. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang disingkat DPRD adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Tegal.
6. Pemerintah Pusat, selanjutnya disebut pemerintah, adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

BAB II TUJUAN DAN PRINSIP

Pasal 2

Pengaturan Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Tegal bertujuan untuk memberikan acuan bagi Pemerintah Kabupaten Tegal dan pihak terkait penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat 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 ; dan
- c. terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Pasal 3

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 mengacu pada prinsip-prinsip:

- a. dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata meningkatkan 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 4

Pedoman Pelaksanaan Jaminan Persalinan (Jampersal) Kabupaten Tegal Tahun 2011 sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 5

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku maka Peraturan Bupati Tegal Nomor 02 Tahun 2010 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya (Berita Daerah Kabupaten Tegal Nomor), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya diatur lebih lanjut oleh Kepala Dinas.

Pasal 7

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tegal.

Ditetapkan di S L A W I
pada tanggal 1 Juni 2011

BUPATI TEGAL, A.



AGUS RIYANTO

Diundangkan di Slawi
pada tanggal 1 Juni 2011

**Pit. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN TEGAL**



HARTANTO

LEMBARAN DAERAH KABUPATEN TEGAL TAHUN 2011 NOMOR 33

LAMPIRAN

**PERATURAN BUPATI TEGAL
NOMOR TAHUN 2011**

TENTANG

**PEDOMAN PELAKSANAAN
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)
KABUPATEN TEGAL TAHUN 2011**

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 di Kabupaten Tegal untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dilaksanakan dari pelayanan tingkat pertama atau dasar di puskesmas dan jaringannya sampai pelayanan tingkat lanjutan atau rujukan di rumah sakit. Jumlah kuota masyarakat miskin di Kabupaten Tegal yang dijamin oleh Jamkesmas pada tahun 2011 sebanyak 374.462 jiwa yang datanya *by name by address* bersumber dari data BPS hasil PPLS tahun 2008 (369.639 jiwa) dan kuota tambahan dari Pemerintah Kabupaten Tegal untuk masyarakat yang tidak mampu dan menderita penyakit kronis tapi tidak masuk dalam data PPLS tahun 2008 sebanyak 4.923 jiwa yang ditetapkan Surat Keputusan Bupati Tegal.

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. Schubungan 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 pesalinan 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 standarisasi dan efisiensi pelayanan obat dalam program Jamkesmas, maka seluruh fasilitas kesehatan *terutama rumah sakit diwajibkan mengacu pada formulir obat Jamkesmas*, di mana obat-obatan dalam formulir 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.

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.

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. Meskipun diterbitkan secara terpisah namun tetap menjadi satu kesatuan acuan dalam pengelolaan 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 di Kabupaten Tegal dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayari oleh Pemerintah sejumlah 374.562 jiwa.
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) Kabupaten Tegal sebanyak 369.639 jiwa yang telah lengkap dengan nama dan alamat yang jelas (*by name by address*).
 - 2) Sisa kuota : total kuota dikurangi data BPS 2008 untuk Kabupaten Tegal yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Tegal sebanyak 4.923 jiwa 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.
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 Tegal.
 - 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 tentang Kepesertaan Jamkesmas, 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 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 (pelayanan di Rumah Sakit)

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 tentang Kepesertaan jamkesmas, cukup dengan aktekelahiran/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. 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.
8. 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:

- 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.

C. MANFAAT

Pada dasarnya manfaat yang disediakan bagi peserta bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain: 1. Pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan :
 - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - 2) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - 3) Tindakan medis kecil
 - 4) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/ tambal
 - 5) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
 - 6) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
 - 7) Pemberian obat.
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada puskesmas perawatan, meliputi pelayanan :
 - 1) Akomodasi rawat inap
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - 3) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - 4) Tindakan medis kecil
 - 5) Pemberian obat
 - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)

- 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.
- 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.
- 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)

Fasilitas kesehatan dalam program Jamkesmas meliputi puskesmas dan jaringannya serta Fasilitas Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan balkesmas), yang telah bekerja sama dalam program Jamkesmas.

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

2. Alokasi

Besaran alokasi dana pelayanan Jamkesmas di pelayanan dasar untuk setiap kabupaten/kota dan pelayanan rujukan untuk rumah sakit/balikesmas 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, balikesmas untuk pelayanan kesehatan rujukan.

2. Dana Operasional Manajemen

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

D. PENYALURAN DANA

1. DANA PELAYANAN KESEHATAN DI 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 dilakukan secara bertahap berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan yang mencantumkan, alokasi, rekening Dinas Kesehatan Kabupaten, 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).

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.

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

1. DINAS KESEHATAN KABUPATEN

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 dan 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 membuat inventarisasi POA dan klaim yang diajukan oleh puskesmas serta rencana pencairan dana pelayanan kesehatan.
- b) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten 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.
- d) Verifikasi klaim yang dilakukan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten 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 sebagai dokumen pertanggung jawaban yang akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
- c) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten membuat dan mengirimkan Laporan Rekapitulasi Realisasi Penggunaan Dana pelayanan Jamkesmas dan Jampersal yang telah dibayarkan ke puskesmas dan FASKES/Tenaga Kesehatan swasta).

b. Dana Operasional Manajemen

Pengelolaan dana operasional manajemen oleh Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK kabupaten 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** pengaturannya sebagai berikut:
 - a) 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.
 - b) 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) 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)

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.

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.
- B. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK (bersifat lintas program), sampai tingkat kabupaten.

1. Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten

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

- a. Tugas Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten:
 - 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 :
 - 1) Pelindung : Bupati
 - 2) Ketua : Sekretaris Daerah Kabupaten
 - 3) Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
 - 4) Anggota :
 - a) Kepala Bappeda Kabupaten
 - b) Ketua Komisi DPRD Kabupaten yang membidangi kesehatan
 - c) Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten
 - d) Lintas sektor terkait sesuai kebutuhan

2. Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten

Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten dalam menjalankan tugas dan fungsinya terintegrasi menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Tim pengelola Jamkesmas sekaligus menjadi Tim Pengelola BOK.

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

Susunan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Tingkat Kabupaten terdiri dari:

- a) Pelindung : Sekretaris Daerah
- b) Penanggung Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
- c) Pelaksana
 - 1. Ketua : Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten
 - 2. Anggota : Seluruh Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten
 - 3. Sekretariat :
 - Diketuai oleh salah satu Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten, 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
 - 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 verifikasi pertanggungjawaban dana Jamkesmas;
- e. 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. Terlayannya seluruh peserta Jamkesmas;
- b. Seluruh FASKES melaksanakan kendali biaya dan kendali mutu (KBKM);
- c. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesmas;
- d. Terpenuhinya kecukupan dana dalam penyelenggaraan Jamkesmas;

B. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Tujuan pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggaraan 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 , pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
- c. Pelaksanaan penyaluran dana ke FASKES tingkat pertama dan verifikasi pertanggungjawaban dana di FASKES.
- d. Pengelolaan Jamkesmas di tingkat Kabupaten

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 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 diumpunbalikkan 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 ke tingkat 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 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/balikesmas yang menjadi FASKES program Jamkesmas wajib mengirimkan laporan bulanan penyelenggaraan Jamkesmas setiap tanggal 5 bul an be riku tnya ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten. Kelengkapan penyampaian laporan FASKES akan menjadi pertimbangan Tim Pengelola Pusat untuk pengalokasian dan pengiriman dana Jamkesmas berikutnya. Laporan dikirim ke Tim Pengelola kabupaten :

**Sekretaria Tim Pengelola JAMKESMAS, JAMPERSAL
dan BOK Kabupaten Tegal
Alamat : Bidang Pelayanan Kesehatan
Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal
Jl. Dr. Soetomo Slawi, Telp. (0283)491644,
Fax.(0283) 491674**

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.

✓ **BUPATI TEGAL, A.**

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

AGUS RIYANTO