



BUPATI KARANGANYAR
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI KARANGANYAR
NOMOR 83 TAHUN 2014

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI KARANGANYAR NOMOR 26
TAHUN 2013 TENTANG PENYELENGGARAAN
JAMINAN KESEHATAN DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI KARANGANYAR,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah, maka Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah perlu diubah;
- b. bahwa untuk maksud tersebut, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa 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 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);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 296, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);

7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. 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);
9. 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 3637);
10. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 130, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5049);
11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
12. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
14. 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);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/SK/VI/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
18. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 10 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2009 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 25);
19. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 73 Tahun 2010 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 Nomor 73);

20. Peraturan Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 12 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar (Lembaran Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2010 Nomor 12);
21. Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 61 Tahun 2010 tentang Petunjuk Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar (Berita Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2010 Nomor 61), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 36 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 61 Tahun 2010 tentang Petunjuk Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar (Berita Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2012 Nomor 36);
22. Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (Berita Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013 Nomor 26);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI KARANGANYAR NOMOR 26 TAHUN 2013 TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH.

Pasal I

Beberapa Ketentuan dalam Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (Berita Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2014 Nomor 26), diubah sebagai berikut :

A. Ketentuan Pasal 1 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut :

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Karanganyar.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Karanganyar.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar.
6. Peserta adalah setiap orang yang ditetapkan sebagai peserta Jaminan Kesehatan Daerah.
7. Pengelola Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Tim Pengelola Jaminan Kesehatan ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan yang bertugas mengelola Program Pemeliharaan Jaminan Kesehatan Daerah.

8. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan Pemerintah, Pemerintahan Daerah, dan/atau Masyarakat.
 9. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPK adalah fasilitas pemberi pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan Tim Pengelola Jamkesda, yang terdiri dari PPK I, PPK II, dan PPK III.
 10. Pelayanan Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam bentuk pencegahan penyakit peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan termasuk pelayanan penunjang.
 11. Pelayanan kesehatan dasar adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam bentuk pencegahan penyakit peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan termasuk pelayanan penunjang yang dilakukan maksimal oleh tenaga dokter dan/atau dokter gigi, sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 12. Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan/pelayanan spesialistik.
 13. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan perorangan untuk observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap.
 14. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan untuk observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik, persalinan, dan pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
 15. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disingkat Jamkesda adalah jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin non kuota Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah.
- B. Ketentuan Lampiran I diubah, sehingga berbunyi sebagaimana tersebut pada Lampiran I Peraturan Bupati ini.
- C. Ketentuan Lampiran II angka 11 dan 14 diubah, sehingga berbunyi sebagaimana tersebut pada Lampiran II Peraturan Bupati ini.

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Karanganyar
pada tanggal 31 Desember 2014
BUPATI KARANGANYAR,


JULIYATMONO

Diundangkan di Karanganyar
pada tanggal 31 Desember 2014
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR,


SAMS

BERITA DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR TAHUN 2014 NOMOR 83

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI KARANGANYAR
NOMOR 83 TAHUN 2014
TENTANG
PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI
KARANGANYAR NOMOR 26
TAHUN 2013 TENTANG
PENYELENGGARAAN JAMINAN
KESEHATAN DAERAH

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya dalam Pasal 34 ayat (3) ditegaskan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dalam Pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada ayat (3) bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya dalam Pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang, untuk itu guna menjamin terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduk termasuk penduduk miskin dan tidak mampu, Pemerintah Pusat menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Program Jaminan Persalinan (Jampersal) ditujukan untuk mendorong akselerasi penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi guna mencapai tujuan *Millenium Development Goal's (MDG's)*, Program Jaminan Pelayanan Thalassaemia (Jampelthas) diselenggarakan untuk memberikan jaminan pelayanan pengobatan bagi penderita thalassaemia mayor yang terus menerus membutuhkan biaya besar, sedangkan Pemerintah Kabupaten Karanganyar berkontribusi dalam memberikan pemeliharaan jaminan kesehatan dengan menyelenggarakan Jamkesda.

Program tersebut merupakan upaya Pemerintah untuk meningkatkan akses penduduk, khususnya bagi yang belum memiliki jaminan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan, sehingga seluruh masyarakat memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Agar pelaksanaan Jamkesda sesuai dengan yang diharapkan dan tidak bertentangan dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku, serta prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu dikelola secara nirlaba, portabilitas, transparan, efisien, dan efektif, maka perlu ditetapkan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah.

B. TUJUAN

Tujuan ditetapkannya Penyelenggaraan Jamkesda, adalah :

1. Umum
Meningkatkan akses, pemerataan, dan mutu pelayanan kesehatan bagi Peserta Jamkesda.
2. Khusus, meliputi :
 - a. memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan bagi Peserta Jamkesda;
 - b. mendorong peningkatan pelayanan kesehatan bagi Peserta Jamkesda yang terstandar dengan kendali mutu dan kendali biaya;
 - c. menyelenggarakan Jamkesda yang transparan dan akuntabel.

II. PENYELENGGARAAN

1. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Kabupaten Karanganyar berkewajiban memberikan kontribusi, sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.
2. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah Program pemeliharaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar Pemerintah.
3. Jamkesda adalah jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu non kuota Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah.
4. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah Surat yang menyatakan seseorang miskin dan tidak mampu yang diterbitkan oleh Kepala Desa/Lurah berdasarkan keterangan dari Ketua Rukun Tetangga, dan Ketua Rukun Warga, yang berlaku sejak diterbitkan sampai dengan 31 Desember pada tahun penerbitan.
5. Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian, tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.
6. Orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji, atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.
7. Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat I atau Dasar adalah Puskesmas dan Jaringannya di Kabupaten Karanganyar.
8. Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat II adalah rumah sakit umum yang bekerjasama dengan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan diketahui oleh Kepala Dinas.
9. Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat III adalah rumah sakit Pemerintah Provinsi Jawa Tengah atau Pemerintah Pusat yang bekerja sama dengan Tim Pelaksana Program Jamkesda Provinsi Jawa Tengah dan Kepala Dinas.
10. Penyelenggaraan Jamkesda mengacu pada prinsip-prinsip, sebagai berikut :
 - a. dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin;
 - b. menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang "cost effective" dan rasional;
 - c. pelayanan terstruktur, berjenjang, dengan portabilitas, dan ekuitas;
 - d. efisien, transparan, dan akuntabel.

III. TATA LAKSANA KEPESERTAAN

Tata laksana kepesertaan diatur sebagai berikut :

- a. Peserta Jamkesda ditetapkan dengan Keputusan Bupati berdasarkan validasi data kepesertaan. Secara bertahap akan diintegrasikan ke Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- b. Pada masa transisi dimana kepesertaan Jamkesda belum dilakukan validasi, maka peserta Jamkesda pada masa transisi terdiri dari :
 1. Masyarakat miskin dan tidak mampu Kabupaten Karanganyar pemegang kartu Jamkesda;
 2. Peserta Jamkesmas yang tidak ditetapkan sebagai Peserta Jamkesmas pada Tahun 2013;
 3. Masyarakat pemegang Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM);
 4. Masyarakat tertentu yang menjadi tanggungan Pemerintah Daerah;
 5. Masyarakat dengan resiko kesehatan;
 6. Masyarakat yang mengalami krisis kesehatan akibat bencana.
- c. Kepesertaan Jamkesda dinyatakan dengan identitas peserta.
- d. Identitas peserta berupa :
 1. Kartu Jamkesda untuk masyarakat miskin dan tidak mampu Kabupaten Karanganyar pemegang kartu Jamkesda;
 2. Kartu Jamkesmas lama untuk masyarakat miskin yang tidak ditetapkan sebagai Peserta Jamkesmas pada Tahun 2013;
 3. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) untuk masyarakat miskin yang tidak masuk pada kriteria nomor urut 1 dan 2;
 4. Rekomendasi dari Kepala Dinas untuk masyarakat dengan resiko kesehatan.
 5. Rekomendasi dari Kepala Dinas Sosial, Tenaga Kerja, dan Transmigrasi untuk masyarakat tertentu yang menjadi tanggungan Pemerintah Daerah dan masyarakat yang mengalami krisis kesehatan akibat bencana.
- e. Identitas peserta tidak berlaku secara otomatis bagi anggota keluarganya.
- f. Keputusan Kepala Dinas selaku Ketua Tim Pengelola Jaminan Kesehatan untuk masyarakat pada huruf d angka 4 berlaku sesuai tanggal penetapan.
- g. Peserta Jamkesda dengan identitas Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) tidak berlaku secara otomatis bagi keluarganya.
- h. Bagi anak dan bayi yang terlahir dari orang tua yang keduanya atau salah satu orang tuanya Peserta Jamkesda secara otomatis memiliki hak kepesertaan sebagai Peserta Jamkesda.
- i. Verifikasi kepesertaan dilaksanakan oleh Verifikator kepesertaan yang ditunjuk oleh Kepala Dinas.
- j. Verifikasi kepesertaan dilaksanakan dengan cara memverifikasi kesesuaian antara kartu Peserta Jamkesda atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dengan KTP atau Surat Kelahiran atau Akta Kelahiran, dan Kartu Keluarga.
- k. Verifikator kepesertaan menerbitkan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi setelah Peserta Jamkesda memenuhi :
 1. Kesesuaian data Peserta Jamkesda;
 2. Surat rujukan Puskesmas (untuk pelayanan di PPK Lanjutan).
- l. Untuk Peserta Jamkesda yang belum masuk dalam database, verifikator kepesertaan melakukan *entry* dalam database kepesertaan Jamkesda dalam Sistem Informasi Manajemen (SIM) Jamkesda;
- m. Bila terjadi kehilangan identitas peserta, peserta wajib mencari surat keterangan pengganti identitas yang diterbitkan oleh Kepala Puskesmas.
- n. Penetapan kriteria Masyarakat dengan resiko kesehatan dan masyarakat yang mengalami krisis kesehatan akibat bencana ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas.

IV. TATA LAKSANA PELAYANAN KESEHATAN

A. KETENTUAN UMUM

1. Peserta Jamkesda mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan, di Pelayanan Kesehatan Dasar, dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan.
2. Pelayanan kesehatan dasar dilakukan di Puskesmas dan jaringannya di Kabupaten Karanganyar, serta Bidan Praktek Mandiri yang bekerja sama dengan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan lanjutan dilaksanakan di Rumah Sakit Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat II yang bekerjasama dengan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan dan di Rumah Sakit Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat III yang bekerjasama dengan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan dalam Program Jamkesda Provinsi Jawa Tengah.
4. Untuk mendapatkan pelayanan di PPK Lanjutan Peserta menunjukkan Surat Jaminan Pelayanan berupa Surat Rekomendasi yang ditandatangani Tim Pengelola Jaminan Kesehatan dan surat rujukan, apabila data kepesertaan meragukan, PPK lanjutan dapat meminta Peserta menunjukkan identitas diri (KTP/Akta Asli).
5. Apabila memerlukan pelayanan perawatan, maka dapat dilakukan perawatan di pelayanan kesehatan dasar atau pelayanan kesehatan lanjutan sesuai dengan indikasi medis pasien dan kewenangan pelayanan medis yang dimiliki fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Rujukan terstruktur dan berjenjang.
7. Jenis pelayanan yang dijamin pada :
 - a. Pelayanan rawat jalan di Puskesmas dan jaringannya, meliputi :
 - 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 BP3AKB);
 - 7) Pemberian obat.
 - b. Pelayanan rawat inap di Puskesmas perawatan, meliputi :
 - 1) Perawatan pasien rawat inap;
 - 2) Penanganan rujukan balik dari Rumah Sakit;
 - 3) Perawatan satu hari (*one day care*);
 - 4) Tindakan medis yang diperlukan;
 - 5) Pemberian Pelayanan obat-obatan;
 - 6) Pemeriksaan Laboratorium sederhana dan penunjang medis lainnya.
 - c. Pelayanan rawat jalan di pelayanan kesehatan lanjutan, sebagai berikut :
 - 1) Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat II
Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh yaitu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di PPK tingkat II (termasuk, apabila sudah tersedia pelayanan *haemodialisa* dapat diberikan pelayanan), meliputi :
 - a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum;
 - b) Rehabilitasi medik;
 - c) Penunjang diagnostik, meliputi laboratorium klinik, radiologi, dan elektromedik;
 - d) Tindakan medis;
 - e) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;

- f) Pelayanan KB, termasuk kontrasepsi mantap efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping, dan komplikasinya (kontrasepsi disediakan BP3AKB);
 - g) Pemberian obat mengacu pada Formularium Rumah Sakit dengan mengutamakan penggunaan obat generik;
 - h) Pelayanan darah.
- 2) Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat III, meliputi :
- a) Pelayanan *Haemodialisa*;
 - b) Pelayanan *Chemotherapy*;
 - c) Pelayanan *Radiotherapy*;
 - d) Pelayanan jiwa; dan
 - e) Pelayanan ortopedi;
- d. Pelayanan rawat inap di pelayanan kesehatan Tingkat II dan III, meliputi :
- 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III;
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan;
 - 3) Penunjang diagnostik;
 - 4) Tindakan medis;
 - 5) Operasi kecil, sedang, dan besar;
 - 6) Pelayanan rehabilitasi medis;
 - 7) perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU, HCU)
 - 8) Pemberian obat mengacu pada Formularium Rumah Sakit dengan mengutamakan penggunaan obat generik;
 - 9) Pelayanan darah.
- e. Pelayanan transportasi rujukan
Pelayanan transportasi rujukan dari PPK I ke PPK II dan PPK II ke PPK III termasuk transportasi pemulangan jenazah sesuai tarif yang berlaku pada PPK.
- f. Pelayanan gawat darurat, meliputi :
- 1) Kecelakaan ruda paksa;
 - 2) Serangan jantung;
 - 3) Panas tinggi diatas 39 derajat celcius atau disertai kejang demam pada anak;
 - 4) Perdarahan hebat;
 - 5) Muntaber disertai dehidrasi sedang/berat, mual, dan muntah pada ibu hamil, disertai dehidrasi sedang/berat;
 - 6) Sesak nafas;
 - 7) Penurunan/kehilangan kesadaran;
 - 8) Nyeri kolik;
 - 9) Keadaan gelisah pada penderita gangguan jiwa.
- g. Pelayanan yang tidak dijamin dalam Jamkesda di PPK II dan PPK III adalah :
- 1) Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan pelayanan;
 - 2) Bahan, alat, dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
 - 3) *General check up*;
 - 4) *Prothesis* gigi tiruan;
 - 5) Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
 - 6) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;

7) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam;

8) Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.

B. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN JAMKESDA

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda, sebagai berikut :

1. Pelayanan di Penyedia Pelayanan Kesehatan Dasar, meliputi :
 - a. Peserta Jamkesda yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya dengan menunjukkan identitas peserta atau Surat Rekomendasi atau Keputusan Kepala Dinas;
 - b. Petugas Pendaftaran Puskesmas dan jaringannya selaku verifikator kepesertaan di PPK I melakukan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan identitas peserta dengan fotocopi KK, serta KTP atau surat kelahiran, atau akta kelahiran dan/atau *database* kepesertaan;
 - c. Identitas Peserta Jamkesda yang telah sesuai dapat dilayani;
 - d. Peserta Jamkesda yang belum masuk dalam database, di *entry* dalam Sistem Informasi Manajemen (SIM) Jamkesda;
 - e. Apabila terdapat ketidaksesuaian data kepesertaan harus dilengkapi dengan surat keterangan dari yang berwenang;
 - f. Apabila peserta Jamkesda memerlukan pelayanan kesehatan lanjutan atas pertimbangan medis, maka peserta akan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan;
 - g. Pelayanan Rujukan terstruktur dan berjenjang.
2. Pelayanan di Penyedia Pelayanan Kesehatan Lanjutan, meliputi :
 - a. Peserta Jamkesda yang memerlukan pelayanan kesehatan lanjutan menunjukkan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi dan Surat Rujukan dari PPK I atau PPK II, apabila data kepesertaan meragukan, PPK lanjutan dapat meminta Peserta menunjukkan identitas diri (KTP/Akta Asli);
 - b. Pada kondisi gawat darurat Peserta yang diberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat tidak memerlukan surat rujukan dari PPK I atau PPK II, untuk pemenuhan kelengkapan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa surat rekomendasi diberikan waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja;
 - c. Apabila sampai batas waktu yang ditetapkan tidak dapat memenuhi, maka ditetapkan sebagai pasien umum;
 - d. Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi diterbitkan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan setelah dilakukan Verifikasi kepesertaan;
 - e. Penetapan status kepesertaan Jamkesda wajib disampaikan pada awal pelayanan dengan menunjukkan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi;
 - f. Bila peserta tidak dapat menunjukkan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi, maka untuk pelayanan rawat inap yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi tersebut;
 - g. Apabila sampai batas waktu yang ditetapkan yang bersangkutan tidak dapat menunjukkan status kepesertaan Jamkesda, maka status kepesertaan Jamkesda akan ditetapkan saat menunjukan Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi, status sebelumnya ditetapkan sebagai pasien umum;
 - h. Peserta Jamkesda diberikan jaminan pembiayaan untuk jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dalam Program Jamkesda.

V. TATA LAKSANA PENDANAAN

A. PENYALURAN DANA

Pendanaan Jamkesda merupakan dana belanja langsung dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dituangkan dalam DPA-SKPD Dinas Kesehatan.

B. PENDANAAN PELAYANAN KESEHATAN

1. Penyedia pelayanan dasar, PPK II, dan PPK III yang bekerjasama dengan Jamkesda mengajukan klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta Jamkesda ke Tim Pengelola Jaminan Kesehatan.
2. Pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh PPK dilakukan dengan cara klaim pelayanan kesehatan, dengan cara :
 - a. Penyedia Pelayanan Kesehatan Dasar
Puskesmas mengajukan klaim pelayanan atas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, serta Bidan Praktek Mandiri di wilayah kerjanya.
 - b. Penyedia Pelayanan Kesehatan Lanjutan
Mengajukan klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan.
3. Pengajuan klaim pelayanan bulan berjalan diklaimkan pada bulan berikutnya maksimal tanggal 10 setiap bulannya.
4. Pengajuan klaim dapat dikirim lewat pos atau kurir ke Tim Pengelola Dinas Kesehatan.
5. Besarnya Jaminan Pembiayaan Jamkesda, untuk :
 - a. Pelayanan Kesehatan Dasar, mengacu pada tarif Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dan secara teknis diatur dengan Keputusan Kepala Dinas;
 - b. Pelayanan Kesehatan Lanjutan, ditetapkan dan dirinci dalam Perjanjian Kerjasama antara Tim Pengelola Jaminan Kesehatan dan Penyedia Pelayanan Kesehatan Lanjutan.
6. Kelengkapan klaim, meliputi :
 - a. Pelayanan Kesehatan Dasar, kwitansi klaim pelayanan dibuat rangkap 5 (lima) dengan tanda tangan dan cap basah, dan lembar kesatu bermaterai secukupnya yang dilampiri, untuk :
 - 1) Rawat Jalan di Pelayanan Kesehatan Dasar, sebagai berikut :
 - a) Rekapitulasi pasien rawat jalan dan tindakannya dalam 1 (satu) bulan;
 - b) Untuk pasien dengan tindakan dilampiri bukti tindakan yang ditandatangani peserta dan pemberi tindakan, dan fotokopi Identitas Peserta.
 - 2) Rawat Inap di Pelayanan Kesehatan dasar, sebagai berikut :
 - a) Rekapitulasi pasien rawat inap;
 - b) Bukti Perawatan yang ditandatangani Peserta dan Pemberi Pelayanan;
 - c) Fotokopi Identitas Peserta;
 - d) Fotokopi KTP dan KK.
 - b. Pelayanan Kesehatan Lanjutan, kwitansi klaim pelayanan dibuat rangkap 5 (lima) dengan tanda tangan dan cap basah, dan lembar kesatu bermaterai secukupnya yang dilampiri, untuk :
 - 1) Pelayanan rawat jalan, sebagai berikut :
 - a) Rekapitulasi pasien rawat jalan dalam 1 (satu) bulan;
 - b) Untuk pasien dengan tindakan dilampiri bukti tindakan yang ditandatangani peserta dan pemberi tindakan;
 - c) Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi.

- 2) Pelayanan rawat inap/gawat darurat/*one day care*, sebagai berikut :
 - a) Rekapitulasi pasien rawat inap/gawat darurat/*one day care* dalam 1 (satu) bulan;
 - b) Bukti perawatan yang ditandatangani pasien dan pelaksana dan pembiayaannya;
 - c) Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi.
- 3) Pelayanan transportasi rujukan, sebagai berikut :
 - a) Rekapitulasi pasien yang dirujuk/pemulangan jenazah;
 - b) Surat Tugas;
 - c) Surat Perintah Perjalanan Dinas (SPPD);
 - d) Surat Jaminan Pelayanan yang berupa Surat Rekomendasi.
7. Seluruh berkas rincian bukti-bukti yakni Dokumen pengeluaran dana dan dokumen atas klaim Jamkesda dan Bukti-bukti pendukung klaim sebagaimana dipersyaratkan, disimpan di Tim Pengelola Jamkesda sebagai dokumen yang dipersiapkan apabila dilakukan audit oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
8. Berdasarkan pengajuan klaim tersebut verifikator melakukan verifikasi terhadap :
 - a. Kesesuaian antara jumlah kunjungan dan besarnya pengajuan klaim;
 - b. Kesesuaian besar tarif dan perincian pelayanan yang diajukan dengan Tarif yang telah ditetapkan, untuk :
 - 1) Pelayanan kesehatan dasar mengacu pada Tarif pelayanan kesehatan di Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan;
 - 2) Penyedia pelayanan kesehatan Lanjutan tingkat II dan III mengacu pada Perjanjian kerjasama dengan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan.
9. Setelah dilakukan verifikasi oleh verifikator, Tim Pengelola Jaminan Kesehatan mengajukan klaim kepada bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan untuk pembayarannya.
10. Verifikasi klaim pelayanan kesehatan dasar dan lanjutan dilakukan oleh Verifikator yang ditetapkan oleh Kepala Dinas.
11. Pada kondisi kebutuhan dana untuk kegiatan pelayanan bulan sebelumnya belum diklaimkan, maka Penyedia pelayanan kesehatan dapat mengajukan klaimnya bersamaan dengan pengajuan klaim pada bulan berikutnya.
12. Bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan selanjutnya melakukan pembayaran sesuai dengan kwitansi klaim pelayanan Jamkesda.
13. Pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan di PPK II dan PPK III dapat melalui rekening bank yang ditunjuk.
14. Setelah Puskesmas dan jaringannya melakukan pelayanan kesehatan dan mendapatkan pembayaran klaim dari Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan atas pelayanannya, maka dana tersebut dimanfaatkan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

VI. TATA LAKSANA PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan Jamkesda dikelola oleh Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan, sebagai berikut :

A. Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Tingkat Kabupaten

Bupati membentuk Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan bersifat lintas sektor terkait dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Tugas Tim Koordinasi, sebagai berikut :

1. menjabarkan strategi dan kebijakan pelaksanaan Jaminan Kesehatan;

2. mengarahkan pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan;
 3. melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan Jaminan Kesehatan;
 4. menjadi fasilitator lintas sektor Jaminan Kesehatan.
- B. Tim Pengelola Jaminan Kesehatan
- Tim Pengelola Jaminan Kesehatan diketuai oleh Kepala Dinas yang beranggotakan Kepala Bidang, Kepala Seksi, staf yang membidangi, dan lintas program yang terkait. Tugas Tim Pengelola Jaminan Kesehatan terintegrasi meliputi seluruh kegiatan pengelolaan Jamkesda, yaitu :
1. melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan;
 2. mempertanggungjawabkan manajemen penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
 3. melakukan pembinaan (koordinasi dan evaluasi) terhadap pelaksanaan kegiatan Jaminan Kesehatan;
 4. melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesda, baik pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, serta fasilitas pelayanan lanjutan;
 5. memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka evaluasi, monitoring, pembinaan, dan penyelesaian masalah lintas sektor yang terkait dengan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
 6. mengkoordinasikan manajemen pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
 7. melakukan sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
 8. melakukan monitoring, evaluasi, pembinaan, dan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
 9. melakukan telaah atas kegiatan (*Plan of Action*) Jaminan Kesehatan;
 10. menyalurkan dana kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan yang didasarkan atas usulan kegiatan-kegiatan Jamkesda yang disetujui dan ditandatangani Kepala Dinas atau Pejabat yang diberikan kewenangan oleh Kepala Dinas;
 11. melakukan verifikasi atas semua kegiatan Jaminan Kesehatan;
 12. menangani penyelesaian keluhan terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
 13. melakukan Perjanjian Kerjasama Penyedia Pelayanan Kesehatan (Jaminan Kesehatan);
 14. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan dan laporan pelayanan kepada Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan.
- C. Pendanaan Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan
- Kegiatan yang dilaksanakan oleh Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan dibebankan anggarannya pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Karanganyar melalui DPA Dinas Kesehatan pada Jamkesda.
- D. Ketentuan lain sepanjang mengenai tata laksana pembiayaan pelayanan kesehatan Jamkesda diatur lebih lanjut dengan Keputusan Kepala Dinas.

VII. TATA LAKSANA PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. INDIKATOR KEBERHASILAN JAMKESDA

Sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan Jamkesda, diukur dengan indikator-indikator sebagai berikut :

1. Indikator *Input*, untuk indikator *input* yang akan dinilai yaitu tersedianya dana untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin;
2. Indikator Proses, untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu :
 - a. adanya database kepesertaan 100% (seratus persen) di Puskesmas;

- b. pelayanan kesehatan dasar yang sesuai prosedur;
 - c. pelayanan kesehatan lanjutan yang sesuai prosedur;
 - d. pengajuan dan verifikasi klaim tepat waktu.
3. Indikator *Output*, untuk indikator *output* yang diinginkan dari program ini yaitu :
- a. peningkatan cakupan kepesertaan dengan indikator, yaitu :
 - 1) 100% (seratus persen) Puskesmas mempunyai database kepesertaan;
 - 2) Peserta dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) terlayani.
 - b. peningkatan cakupan dan mutu pelayanan dengan indikator, yaitu :
 - 1) Kewajaran tingkat rawat jalan dan rawat inap;
 - 2) Kewajaran kunjungan rawat jalan.
 - c. kecepatan pembayaran klaim dan meminimalisasi penyimpangan dengan indikator Peningkatan transparansi dan akuntabilitas (klaim segera dibayarkan, apabila laporan pelaksanaan program tepat waktu).

B. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Jamkesda terintegrasi dengan Program jaminan kesehatan lainnya.

1. Tujuan pemantauan perlu dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai kesesuaian antara rencana program dan pelaksanaan di lapangan, sedangkan evaluasi bertujuan melihat pencapaian indikator keberhasilan.
2. Ruang Lingkup, meliputi :
 - a. data peserta, pencatatan, dan penanganan keluhan;
 - b. pelaksanaan penyaluran dana dan verifikasi pertanggung jawaban dana;
 - c. pelaksanaan pemanfaatan dana program di PPK I;
 - d. pengelolaan program.
3. Mekanisme pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala baik bulanan, triwulan, semester, maupun tahunan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan melalui kegiatan-kegiatan, sebagai berikut :
 - a. Pertemuan koordinasi;
 - b. Pengolahan dan analisis data; dan
 - c. Bimbingan teknis dan monitoring.

C. PENANGANAN KELUHAN

Penyampaian keluhan berguna sebagai masukan untuk perbaikan dan peningkatan program. Penyampaian keluhan dapat disampaikan oleh peserta, pemerhati, dan petugas fasilitas kesehatan kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan dengan memperhatikan prinsip, sebagai berikut :

1. Keluhan harus direspon secara cepat dan tepat;
2. Penanganan keluhan dilakukan pada tingkat terdekat dengan masalah dan penyelesaiannya dapat dilakukan secara berjenjang;
3. Penanganan keluhan dilakukan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan.

D. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan bertujuan agar pelaksanaan program lebih berdaya guna dan berhasil guna. Pembinaan dilakukan secara berjenjang sesuai dengan tugas dan fungsinya, diantaranya :

1. Pembinaan dalam penyusunan *Plan of Action* Jamkesda di PPK I;
2. Pembinaan dalam pelaksanaan Jamkesda di lapangan;
3. Pembinaan dalam pertanggungjawaban dana dan tata laksana dan tata kelola keuangan, serta pemanfaatan dana di PPK I;
4. Pembinaan dalam proses verifikasi;
5. Pembinaan dalam proses sistem informasi manajemen.

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI KARANGANYAR
 NOMOR 83 TAHUN 2014
 TENTANG
 PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI
 KARANGANYAR NOMOR 26
 TAHUN 2013 TENTANG
 PENYELENGGARAAN JAMINAN
 KESEHATAN DAERAH

A. LAPORAN PUSKESMAS

LAPORAN PUSKESMAS
 PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH

Provinsi :
 Kab./Kota :
 Kecamatan :

Puskesmas :
 Kode :
 Tahun :
 Bulan :

NO.	KEGIATAN	SATUAN	JENIS KELAMIN		JUMLAH
			Laki-laki	Perempuan	
1	2	3	4	5	6
I	Sasaran				
	a. Jumlah peserta terdaftar dalam SIM Jamkesda	Jiwa			
	b. Jumlah tempat tidur rawat Inap	Buah			
	c. Jumlah peserta masyarakat miskin				
	1. Kartu Jamkesda	Jiwa			
	2. Kartu Jamkesmas Lama	Jiwa			
	3. SKTM	Jiwa			
	d. Jumlah ibu hamil				
	1. Kartu Jamkesda	Orang			
	2. Kartu Jamkesmas Lama	Orang			
	3. SKTM	Orang			
	e. Jumlah bayi baru lahir (KN2)				
	1. Kartu Jamkesda	Orang			
	2. Kartu Jamkesmas Lama	Orang			
	3. SKTM	Orang			
II	Pelayanan Kesehatan				
	a. Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Kunjungan			

1	2	3	4	5	6
	1. Kunjungan Lama	Kunjungan			
	2. Kunjungan Baru	Kunjungan			
	3. Kunjungan Kasus Ulangan (Baru dan Lama)	Kunjungan			
	b. Jumlah kumulatif kunjungan rawat jalan sampai dengan bulan ini	Kunjungan			
	1. Kunjungan Lama	Kunjungan			
	2. Kunjungan Baru	Kunjungan			
	3. Kunjungan Kasus Ulangan (Baru dan Lama)	Kunjungan			
	c. Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini				
	1. Kunjungan	Kunjungan			
	2. Jumlah Hari Perawatan	Hari			
	d. Jumlah kumulatif kunjungan rawat inap sampai dengan bulan ini	Kunjungan			
	e. Jumlah kasus yang dirujuk	Kasus			
	f. Jumlah ANC				
	1. Puskesmas	Kunjungan			
	2. PKD	Kunjungan			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Kunjungan			
	g. Jumlah PNC				
	1. Puskesmas	Kunjungan			
	2. PKD	Kunjungan			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Kunjungan			
	h. Jumlah Persalinan oleh Tenaga Kesehatan				
	1. Puskesmas	Orang			
	2. PKD	Orang			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Orang			
	i. Jumlah ibu hamil yang dirujuk				
	1. Puskesmas	Orang			
	2. PKD	Orang			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Orang			

1	2	3	4	5	6
	j. Jumlah maskin yang berkunjung menggunakan kartu/Surat				
	1. Kartu Jamkesda	Orang			
	2. Kartu Jamkesmas Lama	Orang			
	3. SKTM	Orang			
III	Pendanaan				
	a. Jumlah dana yang diklaimkan bulan lalu				
	1. Puskesmas	Rp.			
	2. PKD	Rp.			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Rp.			
	b. Jumlah dana yang direalisasi bulan lalu				
	1. Puskesmas	Rp.			
	2. PKD	Rp.			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Rp.			
	c. Jumlah dana yang diklaimkan bulan ini				
	1. Puskesmas	Rp.			
	2. PKD	Rp.			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Rp.			
	d. Jumlah dana yang direalisasi sampai dengan bulan ini				
	1. Puskesmas	Rp.			
	2. PKD	Rp.			
	3. Bidan Praktek Mandiri	Rp.			

Karanganyar,
Kepala Puskesmas,

(.....)
NIP :

Pengawasan dilakukan secara :

1. Melekat;
2. Fungsional.

E. PENCATATAN, PELAPORAN, DAN UMPAN BALIK

Untuk mendukung pemantauan dan evaluasi diperlukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan Jamkesda secara rutin setiap bulan.

1. Pencatatan, hasil kegiatan pelayanan Jamkesda dilakukan oleh fasilitas kesehatan pada register pencatatan yang ada.
2. Pelaporan, yaitu :
 - a. Penyedia Pelayanan Kesehatan Dasar dan Penyedia Pelayanan Kesehatan Lanjutan wajib melaporkan rekapitulasi pelaksanaan Jamkesda kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan paling lambat tanggal 5 (lima) setiap bulan;
 - b. Tim Pengelola Jaminan Kesehatan wajib melakukan rekapitulasi laporan dari seluruh laporan hasil pelaksanaan Jamkesda.
3. Umpan Balik, laporan umpan balik mengenai hasil laporan pelaksanaan Jamkesda dilaksanakan secara berjenjang. Untuk memudahkan pemantauan dan ketertiban administrasi, laporan untuk Tim Pengelola Jaminan Kesehatan dikirimkan ke alamat :

Sekretariat Tim Pengelola Jaminan Kesehatan d/a :
Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar
Komplek Perkantoran Cangakan Karanganyar
Telp. (0271) 495059, (0271) 459226, fax. (0271) 495102

VIII. PENUTUP

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu. Masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan yang tersebar di Kabupaten Karanganyar membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari Pemerintah.

Penjaminan pelayanan kesehatan, utamanya terhadap masyarakat miskin akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian kesehatan yang lebih baik.

Pengelolaan dana jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang bersumber dari Pemerintah harus dikelola secara efektif dan efisien. Diharapkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang telah dijamin ini 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 memberikannya, baik gagasan, pemikiran, tenaga, dan kontribusi lainnya kami ucapkan terima kasih.

BUPATI KARANGANYAR,



JULIYATMONO

B. SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU

SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama :
NIK. :
Jenis Kelamin :
Tempat/tanggal lahir :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Status Pernikahan :
Status Hubungan dengan Keluarga :
Alamat :
Nama KK :

Benar-benar fakir miskin/orang tidak mampu dan membutuhkan jaminan pembiayaan kesehatan dari Pemerintah. Apabila di kemudian hari surat keterangan ini tidak sesuai dengan kenyataan, yang bersangkutan sanggup membayar atau menanggung kerugian yang dikeluarkan oleh Pemerintah.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Karanganyar,

Pemberi keterangan :

Ketua RT. *ttd.* + *cap*

Ketua RW. *ttd.* + *cap*

Pemegang,

ttd.

(nama terang)

Mengetahui
Kepala Desa/Lurah,

ttd + *cap*

(nama terang)

BUPATI KARANGANYAR,


JULIYATMONO