

### **BAB 3**

## **KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM BIDANG KESEHATAN UNTUK MASYARAKAT MISKIN**

### **3.1. Pelayanan Kesehatan Untuk Masyarakat Miskin**

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah Indonesia dalam pembangunan nasional untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pembangunan kesehatan juga merupakan salah satu upaya utama untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang pada gilirannya mendukung percepatan pencapaian sasaran pembangunan nasional.

Kebijakan pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah mengacu pada komitmen Indonesia akan delapan tujuan umum Millenium Development Goals (MDGs). Pada dasarnya MDGs merupakan suatu komitmen bersama para pemimpin dunia Negara – Negara berkembang untuk bersama – sama meningkatkan pembangunan nasionalnya. Komitmen internasional ini menjadi acuan bagi pemerintah Indonesia dalam menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah. Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, yang ditandai oleh meningkatnya angka harapan hidup, menurunnya tingkat kematian bayi dan kematian ibu melahirkan, dan perbaikan status gizi, menjadi salah satu sasaran yang hendak dicapai pemerintah dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Dalam rangka mencapai sasaran seperti disebut di atas, arah kebijakan pemerintah diprioritaskan pada :

- a. meningkatkan jumlah, jaringan, dan kualitas pusat kesehatan masyarakat
- b. meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan
- c. mengembangkan sistem jaminan kesehatan, terutama bagi masyarakat miskin
- d. meningkatkan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat
- e. meningkatkan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sejak usia dini
- f. meningkatkan pemerataan dan kualitas fasilitas kesehatan dasar

Untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin. Pada tahun 1998 sampai dengan 2001 pemerintah meluncurkan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan JPS-BK. Program JPS – BK ini dibiayai dengan dana pinjaman dari *Asian Development Bank* (ADB) yang diluncurkan untuk mengatasi dampak buruk krisis ekonomi tahun 1997 terhadap derajat kesehatan keluarga miskin. Program ini merupakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui puskesmas dan rujukannya ke puskesmas kabupaten/kota, meliputi segala bentuk pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh puskesmas dan jaringannya, termasuk pelayanan keluarga berencana dan rawat inap, pelayanan kebidanan dan rujukan bagi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas dari keluarga miskin serta program perbaikan gizi.

Setelah beberapa tahun, situasi krisis ternyata belum juga membaik seperti yang diharapkan. Ditambah lagi dengan terjadinya kenaikan harga Bahan Bakar Minyak (BBM), maka pemerintah merasa perlu melanjutkan program JPS – BK dengan program kompensasi BBM sehingga diluncurkanlah Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan PDPSE – BK. Program ini berjalan dari tahun 2001 – 2002. Pelayanan kesehatan yang dapat dinikmati oleh masyarakat miskin dengan adanya program ini antara lain adalah pelayanan kebidanan dan rujukannya, pemberantasan penyakit menular oleh puskesmas (sesuai alokasi dana dari pusat) serta adanya Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi bayi dan ibu hamil.

Program PDPSE – BK dilanjutkan dengan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM – BK) yang berlangsung dari tahun 2002 – 2004. Tujuan dari program PKPS BBM – BK sebenarnya sama dengan program – program sebelumnya yaitu menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Perbedaan program ini dengan program sebelumnya (PDPSE – BK) adalah bahwa dalam program ini pelayanan Pemberian Makanan Tambahan dihilangkan dan ditambahkan pelayanan imunisasi hepatitis B dan pelayanan kesehatan mata.

Program – program tersebut di atas berbasis pada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), yaitu puskesmas dan rumah sakit. Kedua PPK tersebut menerima langsung dana program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, sehingga puskesmas dan RS memiliki peran ganda, yaitu sebagai PPK dan sebagai pengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Permasalahan utama yang terjadi dari program – program ini adalah terjadinya defisit dana di beberapa RS dan terjadi surplus dana di puskesmas.

Pada akhir tahun 2004, pemerintah mengeluarkan suatu program kebijakan sebagai salah satu model dari sistem jaminan sosial khususnya dalam bidang kesehatan, yaitu Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). Program ini diberlakukan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SK Menkes RI) No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 November 2004. Pemerintah menunjuk PT Askes (persero) sebagai badan pelaksana program PJKMM ini. Sejak dibentuknya PJKMM hingga semester I tahun 2005, penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, baik pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di RS dikelola sepenuhnya oleh PT Askes (Persero).

Dalam perjalanannya, ditemukan permasalahan yang utama yaitu perbedaan data jumlah masyarakat miskin Badan Pusat Statistik (BPS) dengan data masyarakat miskin yang sebenarnya di setiap daerah. Selain itu terdapat pula permasalahan lainnya juga muncul seperti keterbatasan jumlah sumber daya manusia PT Askes (Persero) di lapangan, minimnya biaya operasional dan manajemen di puskesmas. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, maka pada semester II tahun 2005, mekanisme penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin diubah. Pembiayaan Upaya Kesehatan Masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke puskesmas melalui bank BRI. PT Askes (Persero) hanya mengelola pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di RS. Pada tahun 2006 - 2007, penyelenggaraan PJKMM di puskesmas dan jaringannya serta RS dikelola sepenuhnya melalui mekanisme

asuransi sosial oleh PT Askes (persero) dan selanjutnya dikenal dengan program Askeskin.

### **3.2. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)**

Untuk menjamin akses masyarakat miskin dan tidak mampu terhadap pelayanan kesehatan, pada tahun 2008 pemerintah telah menetapkan kebijakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Program ini sebelumnya dikenal dengan nama Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung dari Kas Negara ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), penggunaan tarif paket Jamkesmas di Rumah Sakit (RS), penempatan verifikasi independen di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Ketentuan yang mengatur tentang pelaksanaan dana Jamkesmas tahun 2008 dan 2009 diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No 125/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 dan Pedoman Pelaksanaan tahun 2009 yang merupakan lampiran dari Keputusan Menteri Kesehatan No. 316/Menkes/SK/V/2009 tanggal 1 Mei 2009.

Berdasarkan Manajemen Pelaksanaan (Manlak) tahun 2009, tujuan program Jamkesmas adalah sebagai berikut:

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

Tujuan Khusus :

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

Berdasarkan Manlak Jamkesmas tahun 2008 dan 2009, penyelenggaraan manajemen kepesertaan Program Jamkesmas tahun 2008 dan semester I tahun 2009 dilaksanakan secara nasional dan menjadi tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan PT Askes (Persero). Peserta Program Jamkesmas tahun 2008 adalah setiap orang miskin dan tidak mampu, yang terdaftar dan memiliki kartu Jamkesmas dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Sejak awal September 2008, penggunaan SKTM tidak berlaku lagi, dan hanya peserta yang memiliki kartu Jamkesmas yang dapat dijamin oleh program ini. Untuk tahun 2009, peserta program Jamkesmas adalah pemegang kartu Jamkesmas dan pemegang kartu Program Keluarga Harapan (PKH). Jumlah sasaran peserta Program Jamkesmas tahun 2008 dan tahun 2009 bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2005, yaitu sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa, yang terdiri dari 73.770.631 jiwa kuota untuk kabupaten/kota dan 2.629.369 jiwa kuota bagi gelandangan, pengemis, anak terlantar dan masyarakat miskin yang tidak mempunyai identitas. Angka tersebut dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes)

Berdasarkan Jumlah Sasaran Nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota Kabupaten/Kota, kemudian Bupati/Walikota menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan Bupati/Walikota melebihi dari jumlah kuota yang telah ditentukan, maka menjadi tanggung jawab pemda setempat. Kemudian daftar tersebut segera dikirimkan dalam bentuk *softcopy* dan *hardcopy* kepada PT Askes (Persero), rumah sakit peserta, dinas kesehatan kab/kota/prov dan Departemen Kesehatan.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas adalah sebagai berikut :

#### 1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas, atau surat keterangan/rekomendasi

Dinas sosial setempat (bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar) atau kartu PKH bagi peserta PKH yang belum memiliki kartu Jamkesmas.

## 2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (Rawat Jalan Tingkat Lanjut/RJTL dan Rawat Inap Tingkat Lanjut/RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut disertai kartu peserta Jamkesmas atau surat/kartu lainnya sebagaimana dimaksud pada butir 1 dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan
- b. Kartu peserta Jamkesmas atau surat/kartu lainnya sebagaimana dimaksud pada butir 1 di atas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya untuk selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan selanjutnya peserta mendapatkan pelayanan kesehatan
- c. Bayi – bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas secara otomatis menjadi peserta dengan merujuk pada kartu orang tuanya. Bila bayi memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat kenal lahir dan kartu keluarga orang tuanya. Pelayanan persalinan normal dibayarkan secara paket baik ibu maupun bayinya, akan tetapi apabila bayi mempunyai kelainan dan memerlukan pelayanan khusus dapat diklaimkan terpisah sesuai diagnosanya
- d. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar dapat mengakses pelayanan walaupun tanpa kepemilikan kartu Jamkesmas dengan menunjukkan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas Sosial setempat yang menerangkan bahwa yang bersangkutan warga terlantar dan tidak mampu

- e. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana diatas meliputi :
- Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM
  - Pelayanan lanjutan yang dilakukan pada BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM bersifat pasif (dalam gedung) sebagai PPK penerima rujukan
  - Pelayanan rawat inap kelas III di Rumah Sakit dan tidak diperkenankan pindah kelas atas permintaannya
  - Pelayanan obat – obatan
  - Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya
- f. Untuk kasus khronis tertentu yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan (seperti, diabetes mellitus). Untuk kasus khronis khusus seperti kasus gangguan jiwa dan kasus pengobatan paru, surat rujukan dapat berlaku sampai dengan 3 bulan
- g. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan antar daerah dilengkapi dengan surat rujukan RS yang merujuk, copy kartu peserta atau surat keterangan/rekomendasi dari Dinas Sosial (bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang tua terlantar) serta kartu PKH bagi peserta PKH yang belum mempunyai kartu Jamkesmas serta surat pengantar dari petugas yang memverifikasi kepesertaan. Pada kasus – kasus rujukan antar daerah, petugas yang memverifikasi kepesertaan pada RS rujukan dapat melakukan konfirmasi ke database kepesertaan melalui petugas PT Askes (persero) tempat asal pasien
- h. Pada keadaan gawat darurat, apabila setelah penanganan kegawat-daruratannya peserta memerlukan rawat inap dan identitas kepesertaannya belum lengkap, maka yang bersangkutan diberi waktu 2X24 jam hari kerja untuk melengkapinya atau status kepesertaannya dapat merujuk pada database kepesertaan yang dilengkapi oleh petugas PT Askes (Persero)

- i. Pelayanan obat di Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut :
- Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai yang diperlukan. Meski telah diberlakukan INA-DRG, agar terjadi efisiensi pelayanan, pemberian obat didorong agar menggunakan formularium obat Jamkesmas di Rumah Sakit
  - Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat maka Rumah Sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak – pihak terkait
  - Pemberian obat untuk pasien diberikan untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit – penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis. Pemberian obat dilakukan dengan efisien

Pendanaan program Jamkesmas merupakan program bantuan sosial. Pembayaran ke RS dalam bentuk paket berdasarkan klaim. Khusus untuk BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM pembayaran paket disetarakan dengan tarif paket pelayanan rawat jalan dan/atau rawat inap RS. Pembayaran ke PPK disalurkan langsung dari Kas Negara melalui PT Pos ke Puskesmas dan KPPN melalui Bank ke RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM. Peserta tidak boleh dikenakan iuran biaya dengan alasan apapun. Sumber Dana Jamkesmas berasal dari APBN sektor Kesehatan Tahun Anggaran 2008 dan kontribusi APBD. Sumber dana APBN terdiri dari:

- 1) Biro Umum Sekjen Departemen Kesehatan untuk honor tim verifikator independen;
- 2) Dana Dekonsentrasi (Program Kebijakan Manajemen dan Pembangunan Kesehatan) untuk biaya operasional manajemen di dinkes Provinsi yang melekat di Satker 01 Setjen;
- 3) DIPA PPJK untuk dana operasional PPJK;



- 4) Ditjen Binkesmas untuk pelayanan di Puskesmas dan jaringannya, tambahan kegiatan pelayanan di Puskesmas dan jaringannya (*buffer stock*), dana Tim Pengelola dan Koordinasi Provinsi dan Kabupaten/Kota;
- 5) Ditjen Yanmedik untuk biaya di Rumah sakit/PPK Tingkat Lanjut dan biaya manajemen kepesertaan PT Askes

Pemerintah daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing, meliputi:

- 1) Masyarakat miskin yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jamkesmas. Kontribusi Pemda Provinsi/Kabupaten/Kota seyogyanya mengikuti pola Jamkesmas. Terkait pelayanan pasien diluar kuota Jamkesmas, pemda setempat harus membuat komitmen/PKS dengan rumah sakit rujukan.
- 2) Selisih harga diluar jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2008. Dengan diberlakukannya INA-DRG mulai tahun 2009, pelayanan RS diharapkan dapat dilakukan dengan *cost efficient* dan *cost effective* agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-DRG.
- 3) Biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien miskin dari RS Kabupaten/Kota ke RS yang dirujuk. Sedangkan biaya transportasi rujukan dari puskesmas ke RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM ditanggung oleh biaya operasional puskesmas, sedangkan transportasi pemulangan Pasien dari RS serta rujukan dari RS ke sarana pelayanan kesehatan lainnya menjadi tanggung jawab Pemda asal PPK lanjutan yang merujuk.
- 4) Penanggungungan biaya transportasi pendamping pasien rujukan;
- 5) Pendamping pasien rawat inap; dan
- 6) Menanggulangi kekurangan dana operasional Puskesmas

### 3.3. Jamkesmas di Jakarta

Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh DPRD Provinsi DKI Jakarta tidak ikut serta dalam Program

Jamkesmas; dalam hal ini masyarakat miskin (maskin) yang mempunyai KTP DKI Jakarta tidak diikutsertakan dalam Program Jamkesmas. Pemda DKI Jakarta telah memiliki program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang bernama Gakin DKI. Peserta program ini adalah penduduk DKI Jakarta yang mempunyai identitas KTP DKI Jakarta dan telah memiliki kartu Gakin dan yang belum mempunyai kartu Gakin (melalui mekanisme SKTM) dan penduduk DKI Jakarta yang mempunyai kartu Program Keluarga Harapan (PKH).

Ketidakikutsertaan Pemda DKI Jakarta dalam Program Jamkesmas tersebut tidaklah secara total. Rumah sakit yang ada di wilayah DKI Jakarta mendapatkan luncuran Dana Jamkesmas untuk melayani pasien rujukan maupun pasien yang berasal dari luar wilayah DKI Jakarta. Selain itu Puskesmas di wilayah DKI Jakarta juga menerima luncuran Dana Jamkesmas untuk pelayanan dasar bagi penduduk miskin. Meskipun sempat terbit surat Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta yang menyatakan bahwa Dana Jamkesmas yang telah disalurkan melalui Kantor Pos di wilayah masing-masing tidak boleh digunakan (surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta No. 7966/078 tanggal 17 Oktober 2008) namun telah diperbaharui dengan diterbitkannya surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta No. 3181/078 tanggal 26 Mei 2009 yang menyatakan bahwa Dana Jamkesmas yang telah disalurkan melalui Kantor Pos di wilayah masing-masing dapat dimanfaatkan. Pelaksanaan dan pemanfaatan Dana Jamkesmas mengacu kepada Pedoman Pelaksanaan (Manlak) Jamkesmas yang berlaku.

Rumah sakit di Jakarta yang mendapatkan dana Jamkesmas tersebar di seluruh kota Jakarta. Rumah sakit tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Jakarta Timur : RS Persahabatan, RS Pasar Rebo, RS Budi Asih, RS Pusat Polri, RSPAU dr. Estawan, Yayasan Ginjal, RS Uki Cawang, RS Islam Jakarta Timur, RS Haji Jakarta, RS Harapan Bunda, RS Duren Sawit, RS Jiwa Islam Klender, RS Ketergantungan Obat
- b. Jakarta Barat : RS Jantung Harapan Kita, RSAB Harapan Kita, RS Jiwa Pusat Jakarta Barat, RS Cengkareng Jakarta Barat, RS Kanker Darmais, RS Sumber Waras

- c. Jakarta Utara : RS Koja, RS Sulianti Saroso, RS Pelabuhan, RS Islam Jakarta Utara, RS medical Center
- d. Jakarta Pusat : RSUD Tarakan, RSUP Cipto Mangunkusumo, RSPAD Gatot Subroto, RS DR. Mintoarjo, RS Islam Jakarta, RS Husada, RS PGI Cikini, RS MH Thamrin, RS Budi Kemuliaan dan RS Abdi Waluyo
- e. Jakarta Selatan : RS Fatmawati dan RS Marinir Cilandak.

Pada tahun 2009 total dana luncuran Jamkesmas untuk keseluruhan rumah sakit di Jakarta adalah sebesar Rp124,680,147,000. Rumah sakit Cipto Mangunkusumo sebagai salah satu rumah sakit di Jakarta yang mendapatkan dana luncuran Jamkesmas merupakan rumah sakit rujukan nasional. Besarnya dana yang sudah oleh RSCM ditagihkan sampai dengan saat ini (Mei 2010) adalah sebagai berikut :

**Tabel 3.1**  
**Dana Jamkesmas RSCM**

*Rp000.000*

No	Dana		Hasil Verifikasi	
	Keterangan	Jumlah	Keterangan	Jumlah
1	Luncuran 2008	51,837.021	Jan-Agustus 2008	38,567.698
2	Luncuran I 2009	15,551.106	Sept-Des 2008	19,240.097
3	Luncuran II 2009	28,748.789	Jan - Des 2009	58,832.880
4	Luncuran III 2009	24,034.229	Jan - Juni 2009	5,567.128
5	Luncuran 2010	96,624.972	Juli - Des 2009	3,959.646
6			Jan - Feb 2010	9,479.631
	Total	216,796.117	Total	135,647.081

Sumber : Departemen Kesehatan, Dirjen Pelayanan Bina Medik RSCM

Untuk mendapatkan perawatan di RSCM, maka pasien Jamkesmas harus mengurus administrasinya terlebih dahulu di Unit Pelayanan Pasien Jaminan (UPPJ).

UPPJ adalah satuan kerja non struktural yang melakukan pengelolaan kegiatan pelayanan administrasi dan pelaporan pasien dengan jaminan perusahaan atau asuransi. UPPJ dikepalai oleh seorang kepala dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama. Jaminan. Kegiatan Unit Pelayanan Pasien Jaminan ini antara lain adalah :

- a. Pembuatan Surat Jaminan Pelayanan
- b. Legalisasi resep
- c. Wawancara pasien/menerima keluhan
- d. Penanganan keluhan Jamkesmas

Tata tertib antrian yang diperlakukan di UPPJ bagi pasien jaminan adalah sebagai berikut :

- Pengurusan administrasi di UPPJ dilakukan oleh 1 orang/keluarga dan bukan pendamping/calor
- Dokumen telah dipersiapkan sebelum masuk ruangan UPPJ , sesuai dengan persyaratan yang berlaku
- Dilarang makan dan minum di ruangan UPPJ
- Berlaku sopan dan menjaga ketertiban UPPJ
- Mengantri dengan tertib sesuai dengan nomor antrian dan loket yang dituju
- Dilarang membawa senjata atau benda tajam
- Dilarang meninggalkan/menitipkan barang bawaan di dalam ruangan UPPJ
- Membuang sampah pada tempatnya
- Pelayanan administrasi diluar jam kerja dilakukan di loket UPPJ 24 jam yang berlokasi di UGD

Untuk pasien Jamkesmas, prosedur yang harus diikuti untuk bisa mendapatkan pelayanan adalah sebagai berikut :

- Untuk mendapatkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) maka peserta jamkesmas harus melengkapi dokumen – dokumen yang diperlukan, yaitu :
  - Kartu Jamkesmas asli (harus ditunjukkan saat pendaftaran)
  - Fotocopy kartu Jamkesmas
  - Surat rujukan dari RSUD untuk ke RSCM

- Fotocopy kartu keluarga
- Fotocopy KTP pasien atau orang tua pasien jika usia pasien kurang dari 17 tahun
- Sura pengantar rawat dari Dokter Poli/UGD (khusus untuk rawat inap)
- IPRI RSCM (khusus untuk rawat inap)
- Berdasarkan SKP tersebut maka petugas membuat Surat Jaminan Pelayanan (SJP). Setelah menndapatkan SJP ini maka pasien telah berhak untuk mendapatkan pelayanan sesuai denagn yang dibutuhkannya.

Selama tahun 2008, banyaknya pasien Jamkesmas yang berobat ke RSCM adalah sebanyak 74,903 pasien yang berasal dari seluruh wilayah yang ada di Indonesia yang terdiri dari pasien rawat inap sebanyak 5,784 dan pasien rawat jalan sebanyak 69,119. Pelayanan kesehatan yang dapat diinikmati oleh masyarakat miskin pengguna Jamkesmas di RSCM adalah sebagai berikut :

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, yang terdiri dari :
  - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum
  - b. Rehabilitasi medik
  - c. Tindakan medis kecil dan sedang
  - d. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
  - f. Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/ keguguran, penyembuhan efek samping & komplikasinya (kontrasepsi disediakan BKKBN)
  - g. Pemberian obat dan Pelayanan darah
  - h. Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan, yang terdiri dari :
  - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - d. Tindakan medis

- e. Operasi sedang dan besar
- f. Pelayanan rehabilitasi medis
- g. Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
- h. Pelayanan darah
- i. Pemberian obat
- j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
- k. Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK)

