**Universitas Diponegoro**

**Fakultas Kesehatan Masyarakat**

**Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

**2014**

**ABSTRAK**

**Heppy Serta Rumondang Pakpahan**

**Analisis Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) PT. Askes (Persero) di Kabupaten Demak**

**xiv + 94 halaman + 14 tabel + 5 lampiran**

Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Umum (PJKMU) memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas. Pendanaan PJKMU iurannya bersumber dari Pemerintah Daerah melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang dikelola oleh PT. Askes (Persero) dan dipergunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan langsung, pelayanan kesehatan tidak langsung, dan biaya operasional.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif yang disajikan secara *deskriptif* dengan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*). Informan dalam penelitian ini adalah Sekda, Asisten II, Kadinkes, Ka.DPPKAD, Ka.PT Askes, Direktur RSU Sunan Kalijaga, Kabid Yanmed RSU Sunan Kalijaga, Ka.Puskesmas dan Peserta PJKMU.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa dengan tidak validnya data kepesertaan PJKMU menyebabkan banyak masyarakat Demak yang memang miskin menjadi tidak tercover dalam PJKMU sehingga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan hampir 95% menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Pihak puskesmas kurang dilibatkan dalam menentukan kerjasama dan tarif yang akan digunakan untuk peserta PJKMU yang mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas. Kurangnya komunikasi tentang tarif ini menyebabkan pihak puskesmas merasa dirugikan dalam melayani peserta PJKMU. Dalam memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit, tidak terdapat perbedaan pemberian pelayanan dari petugas pemberi pelayanan kesehatan kepada peserta PJKMU dan disamakan dengan pasien umum dan pasien Jamkesmas. Namun peserta PJKMU merasa bahwa pengurusan syarat-syarat untuk peserta PJKMU lebih rumit dibandingkan dengan peserta Jamkesmas. Ketersediaan tenaga yang dimiliki untuk pelaksanaan PJKMU ini menggunakan SDM yang telah ada. Untuk dilingkungan PT. Askes (Persero) bahwa berdasarkan pedoman PJKMU ditetapkan boleh mengangkat 1 pegawai khusus untuk PJKMU apabila ada 20.000 jiwa peserta PJKMU sedangkan peserta PJKMU Kab. Demak hanya 19.000 jiwa peserta.

Saran dan usulan untuk perbaikan PJKMU di masa yang akan datang yaitu validitas data kepesertaan agar dilakukan update data, verifikasi klaim agar tepat waktu, proses pembayaran klaim agar tepat waktu, komunikasi yang telah terjalin selama ini untuk dapat ditingkatkan, dan adanya evaluasi tentang tarif terutama tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas yang dianggap merugikan Puskesmas untuk melayani peserta PJKMU Kabupaten Demak.

Kata kunci : kepesertaan, SKTM, tarif pelayanan kesehatan, verifikasi klaim

Referensi : 30 (1990-2012)

**Diponegoro University**

**Faculty of Public Health**

**Master’s Program in Public Health**

**Majoring in Health Policy Administration**

**2014**

**ABSTRACT**

**Heppy Serta Rumondang Pakpahan**

**Implementation Analysis of a General Public Health Insurance Program (GPHIP) by a Health Insurance Company in District of Demak**

**xiv + 94 pages + 14 tables + 5 enclosures**

A General Public Health Insurance Program (GPHIP) is to provide health services insurance for poor people who are not covered by Public Health Insurance. The premiums are paid from Revenues and Expenditure of Local Government, managed by a Health Insurance Company, and used to fund direct and indirect health services, and operating costs.

This was qualitative research presented descriptively by conducting indepth interview. Main informants consisted of Regional Secretary, Assistant II, Head of District Health Office, Head of DPPKAD, Head of a Health Insurance Company, Director of Sunan Kalijaga Public Hospital, Head of Medical Services Department of Sunan Kalijaga Public Hospital, Head of Health Centers, and participants of the insurance.

The result of this research revealed that most of poor people in Demak District were not covered by health insurance due to invalid data of the insurance participants. Therefore, most of them (almost 95%) used reference as poor people to obtain health services. Health centers were not involved in determining kinds of partnerships and tariff for participants who obtained health services at health centers. Lack of communication about the tariff caused disadvantages for health centers. There was no difference between a hospital and a health center in terms of providing health services to the insurance participants. However, they said the requirements to apply for being the participants of GPHIP were more complicated than for being the participant of public health insurance. The insurance services were conducted by the current officers. Based on a GPHIP guideline, a Health Insurance Company could recruit 1 executive officer for GPHIP if there were 20,000 participants. Unfortunately, number of GPHIP participants in Demak District was just 19,000 persons.

As a suggestion, GPHIP needs to improve data validity by updating data, verify claims timely, process payments timely, improve communication, and evaluate tariff of health services especially at a health center level.

Key Words : Membership, Reference as Poor People, Tariff of Health

 Services, Claim Verification

Bibliography : 30 (1990-2012)