



Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia



BUKU PEGANGAN SOSIALISASI

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional

Untuk Indonesia yang Lebih Sehat

KATA PENGANTAR

Kebijakan pemerintah tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS) perlu diketahui dan dipahami oleh seluruh masyarakat Indonesia. Untuk itu perlu dilakukan penyebarluasan informasi melalui sosialisasi kepada semua pemangku kepentingan dan masyarakat pada umumnya.

Penerbitan Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial ini dimaksudkan untuk digunakan sebagai pegangan dan memberi kemudahan bagi semua pemangku kepentingan dalam menyampaikan informasi tentang pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial ini secara ringkas memuat informasi tentang JKN itu sendiri yang mencakup: Mengapa perlu Jaminan Kesehatan Nasional, Mekanisme dan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Disamping itu buku ini juga dilengkapi dengan Bagaimana cara mendefinisikan pesan kunci untuk dikomunikasikan kepada publik serta Kumpulan pertanyaan yang sering

muncul terkait JKN berikut jawabannya (*Frequently Asked Questions/FAQ*).

Dengan terbitnya buku ini diharapkan masyarakat akan mengetahui dan memahami tentang Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga pada saat pelaksanaannya kelak masyarakat faham dan sadar akan hak dan kewajiban mereka serta dapat memanfaatkan jaminan kesehatan dengan baik dan benar.

Sebagai sebuah *living document* buku ini masih belum sempurna dan akan terus dikembangkan sesuai kebutuhan pemangku kepentingan di pusat dan daerah serta pihak lain yang berkepentingan dalam sosialisasi JKN kepada masyarakat luas. Masukan yang konstruktif dari para pembaca untuk penyempurnaan sangat diharapkan.

Tim penyusun bahan sosialisasi dan advokasi JKN

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	4
DAFTAR SINGKATAN	6
LATAR BELAKANG	8
MENGAPA PERLU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	12
MEKANISME JAMINAN KESEHATAN SOSIAL	15
• Pengertian Asuransi Kesehatan Sosial (Jaminan Kesehatan Nasional-JKN)	16
• Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional	17
PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	20
• Kepesertaan	21
• Pembiayaan	25
• Pelayanan	29
• Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional	30
• Pengorganisasian	32
• Penanganan Keluhan	36

TANYA JAWAB JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	39
• Pengertian BPJS	40
• Kepesertaan	47
• Iuran	51
• Manfaat	54
MENGIDENTIFIKASI PESAN KUNCI & MENYAMPAIKAN MATERI	71
• Mendefinisikan Pesan Kunci	72
• Menyampaikan Materi	75
ALAMAT & KONTAK PENANGGUNGJAWAB PROGRAM	78

DAFTAR SINGKATAN

Askes	: Asuransi Kesehatan
BCG	: Baccile Calmett Guerin
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
DPT-HB	: Difteri, Pertusis, Tetanus, dan Hepatitis B
INA CBG's	: Indonesia Case Based Groups
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
Perpres	: Peraturan Presiden

PNS	: Pegawai Negeri Sipil
Polri	: Polisi Republik Indonesia
PTKP	: Penghasilan Tidak Kena Pajak
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
UHC	: Universal Health Coverage
UU	: Undang-undang
UUD	: Undang-undang Dasar
WHA	: World Health Assembly
WHO	: World Health Organization
WNI	: Warga Negara Indonesia

LATAR BELAKANG

Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia. Pengakuan itu tercantum dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 1948 tentang Hak Azasi Manusia. Pasal 25 Ayat (1) Deklarasi menyatakan, setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya.

Berdasarkan Deklarasi tersebut, pasca Perang Dunia II beberapa negara mengambil inisiatif untuk mengembangkan jaminan sosial, antara lain jaminan kesehatan bagi semua penduduk (*Universal Health Coverage*). Dalam sidang ke 58 tahun 2005 di Jenewa, *World Health Assembly* (WHA) menggaris bawahi perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat

terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan. WHA ke58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika mereka bergerak menuju *Universal Health Coverage*.

Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan.

Usaha ke arah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu,

pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

Untuk mengatasi hal itu, pada 2004, dikeluarkan Undang-Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).

Mendukung pelaksanaan tersebut, Kementerian Kesehatan memberikan prioritas kepada jaminan kesehatan dalam reformasi kesehatan. Kementerian Kesehatan tengah mengupayakan suatu regulasi berupa Peraturan Menteri, yang akan menjadi payung hukum untuk mengatur antara lain pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Peraturan Menteri juga akan mengatur jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan

dan pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

MENGAPA PERLU
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Seperti kata bijak, tak ada yang abadi dalam kehidupan ini kecuali perubahan itu sendiri. Setiap manusia mengalami perubahan, dari kecil, dewasa, lalu tua, dan renta. Itu sudah pasti. Namun dalam kepastian itu, ada beberapa hal yang datang tak terduga. Sakit, misalnya, bisa datang kapanpun, tak dinyana-nyana. Sakit bisa datang ketika kita masih produktif, berpenghasilan cukup, sehingga mampu menjangkau biaya pengobatan. Tetapi sakit juga bisa datang ketika kita sudah tua dengan penghasilan mulai menurun atau menjadi tidak berpenghasilan karena sakit. Dalam keadaan seperti ini, bagaimana kita bisa mendapatkan perawatan dan pelayanan kesehatan *yang memadai, terjangkau, kapan saja, dan di mana saja?*

Asuransi kesehatan mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri *out of pocket*, dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Untuk itu diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang per orang.

Tetapi asuransi kesehatan saja tidak cukup. Diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN). Mengapa? Pertama, premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat. Kedua, manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas.

Sebaliknya, asuransi kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan

sebagai berikut. Pertama, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. Kedua, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan “terserah dokter” atau terserah “rumah sakit”.

Ketiga, asuransi kesehatan sosial menjamin *sustainability* (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan). Keempat, asuransi kesehatan sosial memiliki *portabilitas*, sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia. Oleh sebab itu, untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan sosial/ JKN bersifat wajib.

MEKANISME
JAMINAN KESEHATAN SOSIAL

1. Pengertian Asuransi Kesehatan Sosial (Jaminan Kesehatan Nasional-JKN)

Sebelum membahas pengertian asuransi kesehatan sosial, beberapa pengertian yang patut diketahui terkait dengan asuransi tersebut adalah:

- Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 tahun 2004).
- Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
- Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Kelebihan sistem **asuransi sosial** di banding kan dengan **asuransi komersial** antara lain:

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
1. Kepesertaan bersifat wajib (untuk semua penduduk) **	1. Kepesertaan bersifat sukarela
2. Non Profit	2. Profit
3. Manfaat komprehensif	3. Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan.

** berpotensi mencakup 100% penduduk (*universal coverage*) dan relatif dapat menekan peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

2. Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

- **Prinsip kegotongroyongan**

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong-

royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

- **Prinsip nirlaba**

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

- **Prinsip portabilitas**

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

- **Prinsip kepesertaan bersifat wajib**

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat

wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

- **Prinsip dana amanat**

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

- **Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial**

dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

PENYELENGGARAAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

I. KEPESERTAAN

Beberapa pengertian:

- **Peserta**
adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar luran.
- **Pekerja**
adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- **Pemberi Kerja**
adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan luran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil;
 - b) Anggota TNI;
 - c) Anggota Polri;

- d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f) Pegawai Swasta; dan
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
 - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja;
 - c) Penerima Pensiun;
 - d) Veteran;
 - e) Perintis Kemerdekaan; dan
 - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar luran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;

- c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
- d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
- e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:

- a. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
- b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
 - 1. tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - 2. belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

5) WNI di Luar Negeri

Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

6) Syarat pendaftaran

Syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS.

7) Lokasi pendaftaran

Pendaftaran Peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat/setempat.

8) Prosedur pendaftaran Peserta

- a. Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
- b. Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
- c. Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.

9) Hak dan kewajiban Peserta

- Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan a) identitas Peserta dan b) manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: a. membayar iuran dan b. melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

10) Masa berlaku kepesertaan

- a. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta.

- b. Status kepesertaan akan hilang bila Peserta tidak membayar luran atau meninggal dunia.
- c. Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh Peraturan BPJS.

11) Pentahapan kepesertaan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan; Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

II. PEMBIAYAAN

1. luran

luran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan).

2. Pembayar Iuran

- bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
- bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
- bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
- Besarnya iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

3. Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI).

Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling

lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

4. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan **Kapitasi**. Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket **INA CBG's**.

Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan Kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.

Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dapat

dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

5. Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan. **Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.**

Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan **iur biaya** (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI.

Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember). Laporan yang telah diaudit oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.

Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.

III. PELAYANAN

1. Jenis Pelayanan

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa **pelayanan kesehatan** (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (**manfaat non medis**). **Ambulans** hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

2. Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada **Fasilitas Kesehatan tingkat**

pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui **rujukan** oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan **keawatdaruratan medis**.

3. Kompensasi Pelayanan

Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: **penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.** Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

4. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses **kredensialing** dan **rekredensialing**.

IV. MANFAAT JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans.

Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. **Penyuluhan kesehatan perorangan**, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. **Imunisasi dasar**, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. **Keluarga berencana**, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- d. **Skrining kesehatan**, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat **yang tidak dijamin** meliputi: a. Tidak sesuai prosedur; b. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS; c. Pelayanan bertujuan kosmetik; d. *General checkup*,

pengobatan alternatif; e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi; f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana ; dan g. Pasien Bunuh Diri /Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba.

V. PENGORGANISASIAN

1. Lembaga Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan badan hukum publik milik Negara yang bersifat non profit dan bertanggung jawab kepada Presiden. BPJS terdiri atas **Dewan Pengawas** dan **Direksi**.

Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang anggota: 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2(dua) orang unsur Pekerja, 2 (dua) orang unsur Pemberi Kerja, 1 (satu) orang unsur Tokoh Masyarakat. Dewan Pengawas tersebut diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.

Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional. Direksi sebagaimana dimaksud diangkat dan diberhentikan oleh Presiden.

A. Fungsi, Tugas, dan Wewenang Dewan Pengawas

Dalam melaksanakan pekerjaannya, Dewan Pengawas mempunyai **fungsi, tugas, dan wewenang** pelaksanaan tugas BPJS dengan uraian sebagai berikut:

- 1) **Fungsi** Dewan Pengawas adalah melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS.
- 2) Dewan Pengawas **bertugas** untuk:
 - a. melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
 - b. melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
 - c. memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
 - d. menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
- 3) Dewan Pengawas **berwenang** untuk:
 - a. menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
 - b. mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
 - c. mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;
 - d. melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan
 - e. memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.

B. Fungsi, Tugas, dan Wewenang Direksi

Dalam menyelenggarakan JKN, Direksi BPJS mempunyai **fungsi, tugas, dan wewenang** sebagai berikut:

- 1) Direksi **berfungsi** melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan Manfaat sesuai dengan haknya.
- 2) Direksi **bertugas** untuk:
 - a. melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi;
 - b. mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan; dan
 - c. menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.
- 3) Direksi **berwenang** untuk:
 - a. melaksanakan wewenang BPJS;
 - b. menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
 - c. menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
 - d. mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;
 - d. menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;
 - e. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) dengan

- persetujuan Dewan Pengawas;
- f. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan
 - h. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.

Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Direksi diatur dengan Peraturan Direksi.

Persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas dan Dewan Direksi diatur dalam UU Nomor 24 tahun 2011.

2. Hubungan Antar Lembaga

BPJS melakukan kerja sama dengan lembaga pemerintah, lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Sosial (JKN).

3. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari sistem kendali mutu dan biaya. Kegiatan ini merupakan tanggung jawab Menteri Kesehatan yang dalam pelaksanaannya berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Kesehatan Nasional.

4. Pengawasan

Pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal. **Pengawasan internal** oleh organisasi BPJS meliputi: a. Dewan pengawas; dan b. Satuan pengawas internal. Sedangkan Pengawasan eksternal dilakukan oleh: a. DJSN; dan b. Lembaga pengawas independen.

5. Tempat dan kedudukan BPJS

Kantor Pusat BPJS berada di ibu kota Negara, dengan jaringannya di seluruh kabupaten/kota.

VI. PENANGANAN KELUHAN

1. Pengertian

Keluhan adalah ungkapan ketidakpuasan peserta terhadap pelayanan yang telah diberikan dalam hal ini penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Penanganan keluhan adalah upaya atau proses untuk mengetahui suatu permasalahan dengan jelas, menilai, dan menyelesaikan permasalahan tersebut.

2. Prinsip Penanganan Keluhan

a. **Obyektif**: penanganan keluhan masyarakat harus berdasarkan

fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.

- b. **Responsif** (cepat dan akurat): setiap pengaduan dan permasalahan perlu ditangani/ditanggapi secara cepat dan tepat. Untuk itu penanganan dan penyelesaian pengaduan diselesaikan pada tingkat yang terdekat dengan lokasi timbulnya masalah.
- c. **Koordinatif**: penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan dengan kerja sama yang baik di antara pejabat yang berwenang dan terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
- d. **Efektif dan efisien**: penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu, dan biaya.
- e. **Akuntabel**: proses penanganan keluhan masyarakat dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur yang berlaku.
- f. **Transparan**: penanganan keluhan masyarakat dilakukan berdasarkan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka, sehingga masyarakat yang berkepentingan dapat mengetahui perkembangan tindak lanjutnya.

3. Mekanisme Penanganan Keluhan

Penanganan keluhan merupakan salah satu komponen untuk menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan, baik yang bersifat administratif maupun bersifat medis. Permasalahan bisa terjadi antara Peserta dan Fasilitas Kesehatan; antara Peserta dan BPJS Kesehatan; antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan; atau antara BPJS Kesehatan dan asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Mekanisme yang dapat ditempuh untuk menyelesaikan ketidakpuasan para pihak tersebut adalah: 1) Jika Peserta tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat mengajukan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS dan atau BPJS Kesehatan. 2) Jika Peserta dan/atau fasilitas kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan maka dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri Kesehatan.

Jika terjadi sengketa antara Peserta dengan fasilitas kesehatan, Peserta dengan BPJS kesehatan, BPS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan atau BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa. Jika tidak dapat diselesaikan secara musyawarah sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

TANYA JAWAB
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

PENGERTIAN

Apa itu SJSN?

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Apa itu DJSN?

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) adalah Dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Apa itu BPJS ?

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Apa itu BPJS Kesehatan?

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan

hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Kapan BPJS Kesehatan mulai operasional?

BPJS Kesehatan mulai operasional pada tanggal 1 Januari 2014.

Apa saja jenis jaminan sosial?

- Jaminan Kesehatan;
- Jaminan Kecelakaan Kerja;
- Jaminan Hari Tua;
- Jaminan Pensiun; dan
- Jaminan Kematian.

Apa itu Jaminan Kesehatan ?

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Siapa saja yang menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

Ada berapa kelompok peserta BPJS Kesehatan ?

Peserta BPJS Kesehatan ada 2 kelompok, yaitu :

1. PBI jaminan kesehatan.
2. bukan PBI jaminan kesehatan.

Apa yang dimaksud dengan PBI Jaminan Kesehatan?

PBI (Penerima Bantuan Iuran) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SISN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah.

Siapa saja yang lain yang berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan?

Yang berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan lainnya adalah yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu.

Apa yang dimaksud dengan cacat total tetap dan siapa yang berwenang menetapkannya ?

Cacat total tetap merupakan kecacatan fisik dan/atau mental yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan. Penetapan cacat total tetap dilakukan oleh dokter yang berwenang.

Siapa saja peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan?

Peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri atas:

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
2. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
3. Bukan pekerja dan anggota keluarganya

Apa yang dimaksud dengan pekerja?

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

Apa yang dimaksud dengan pekerja penerima upah?

Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah.

Siapa saja yang termasuk pekerja penerima upah ?

Pekerja penerima upah terdiri atas:

1. Pegawai Negeri Sipil
2. Anggota TNI
3. Anggota POLRI
4. Pejabat Negara
5. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
6. Pegawai Swasta dan
7. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

Apa yang dimaksud dengan pekerja bukan penerima upah?

Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.

Siapa saja yang termasuk pekerja bukan penerima upah?

Pekerja bukan penerima upah terdiri atas:

1. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
2. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah.

Apa yang dimaksud dengan bukan pekerja?

Bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan

Siapa saja yang termasuk bukan pekerja?

Yang termasuk kelompok bukan pekerja terdiri atas:

1. Investor;
2. Pemberi kerja;
3. Penerima pensiun;
4. Veteran;
5. Perintis kemerdekaan
6. Bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah

Siapa saja yang dimaksud dengan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil?

Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil adalah Pegawai Tidak Tetap, Pegawai Honorer, Staf Khusus, dan pegawai lain yang dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.

Siapa yang dimaksud dengan pemberi kerja?

Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Siapa saja yang dimaksud dengan anggota keluarga?

Anggota keluarga yang dimaksud meliputi:

1. Satu orang istri atau suami yang sah dari peserta
2. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria:
 - a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan
 - b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Berapa jumlah peserta dan anggota keluarganya yang ditanggung?

Jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan paling banyak 5 (lima) orang

Bagaimana bila jumlah peserta dan anggota keluarganya lebih dari 5 (lima) orang?

Peserta yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain dengan membayar iuran tambahan

Apakah boleh penduduk Indonesia tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Tidak boleh, karena kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib. Meskipun yang bersangkutan sudah memiliki Jaminan Kesehatan lain.

Apa yang terjadi kalau kita tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Ketika sakit dan harus berobat atau dirawat maka semua biaya yang timbul harus dibayar sendiri dan kemungkinan bisa sangat mahal diluar kemampuan kita.

Kapan seluruh penduduk Indonesia sudah harus menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Paling lambat tahun 2019 seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan secara bertahap.

KEPESERTAAN

Bagaimana pentahapan kepesertaan BPJS Kesehatan?

Pentahapannya sebagai berikut:

1. Tahap pertama mulai tanggal 1 Januari 2014, paling sedikit meliputi :
 - a. PBI Jaminan Kesehatan
 - b. Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya
 - c. Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya
 - d. Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya
 - e. Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya

2. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

Siapa yang harus mendaftarkan Penerima Bantuan Iuran (PBI) ke BPJS Kesehatan?

Pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Siapa yang harus mendaftarkan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran dan bukan pekerja kepada BPJS Kesehatan?

Setiap orang bukan pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.

Siapa yang harus mendaftarkan pekerja ke BPJS Kesehatan?

Setiap pemberi kerja wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.

Apa buktinya seseorang sudah terdaftar sebagai peserta di BPJS Kesehatan?

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta. Identitas peserta paling sedikit memuat nama dan nomor identitas tunggal.

Apa yang harus dilakukan peserta bila terjadi perubahan daftar susunan keluarganya?

1. Peserta pekerja penerima upah wajib menyampaikan perubahan daftar susunan keluarganya kepada pemberi kerja paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak terjadi perubahan data kepesertaan.
2. Pemberi kerja wajib melaporkan perubahan data kepesertaan dan perubahan daftar susunan keluarganya kepada BPJS Kesehatan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya perubahan data peserta.
3. Peserta pekerja bukan penerima upah wajib menyampaikan perubahan daftar susunan keluarganya kepada BPJS Kesehatan 14 (empat belas) hari kerja sejak terjadi perubahan data kepesertaan.

Bagaimana jika terjadi perubahan status kepesertaan dari peserta PBI menjadi bukan peserta PBI atau sebaliknya?

1. Perubahan status kepesertaan dari peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi bukan peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan melalui pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan membayar iuran pertama.
2. Perubahan status kepesertaan dari bukan peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud tidak mengakibatkan terputusnya manfaat jaminan kesehatan.

Apakah peserta yang pindah tempat kerja atau pindah tempat tinggal tetap dijamin oleh BPJS Kesehatan?

Peserta yang pindah tempat kerja atau pindah tempat tinggal masih menjadi peserta program jaminan kesehatan selama memenuhi kewajiban membayar iuran. Peserta yang pindah kerja wajib melaporkan perubahan status kepesertaannya dan identitas pemberi kerja yang baru kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta.

IURAN

Apa yang dimaksud dengan iuran?

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan.

Berapa besar iuran tambahan yang harus dibayar oleh peserta pekerja bukan penerima upah yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) termasuk peserta?

Iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga tambahan dari peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dibayar oleh peserta dengan ketentuan yang akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden.

Kapan iuran harus dibayar ?

Pemberi kerja wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang

dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

Bagaimana jika terlambat?

1. Keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud, dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak dan ditanggung pemberi kerja.
2. Dalam hal keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan disebabkan karena kesalahan pemberi kerja, maka pemberi kerja wajib membayar pelayanan kesehatan pekerjanya sebelum dilakukan pelunasan pembayaran iuran oleh pemberi kerja.

Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja tanggal berapa membayar iuran setiap bulannya?

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran Jaminan Kesehatan pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.

Besaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana tersebut di atas berlaku sampai kapan?

Besaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas ditinjau

paling lama 2 (dua) tahun sekali yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden.

Bagaimana jika terjadi kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta?

1. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta.
2. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi kerja dan/atau peserta selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sejak diterimanya iuran.
3. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

MANFAAT

Apa yang dimaksud dengan manfaat?

Manfaat adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya.

Manfaat apa saja yang diperoleh oleh peserta dan keluarganya?

Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi, dan ambulans.

Apakah manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan besaran iuran ?

Ya. Manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan.

Bagaimana dengan Ambulans?

Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi apa saja?

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan.
2. Imunisasi dasar .
3. Keluarga berencana dan skrining kesehatan.

Meliputi apa saja penyuluhan kesehatan perorangan itu?

Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

Apakah saja yang termasuk dalam pelayanan imunisasi dasar?

Pelayanan imunisasi dasar meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.

Apa saja yang dijamin untuk program Keluarga Berencana?

Pelayanan keluarga berencana yang dijamin meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.

Bagaimana dengan manfaat skrining kesehatan?

Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Ketentuan mengenai tata cara pemberian pelayanan skrining kesehatan jenis penyakit, dan waktu pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud diatur dalam Peraturan Menteri.

Meliputi apa saja pelayanan kesehatan yang dijamin ?

Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik mencakup:
 - 1) Administrasi pelayanan
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - 4) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif

- 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama dan
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
- 1) Rawat jalan yang meliputi:
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis
 - c) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e) Pelayanan alat kesehatan implant
 - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - g) Rehabilitasi medis
 - h) Pelayanan darah
 - i) Pelayanan kedokteran forensik
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.

- 2) Rawat inap yang meliputi:
 - a) Perawatan inap non intensif
 - b) Perawatan inap di ruang intensif.
 - c) Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri.

Bagaimana dengan pelayanan kesehatan yang sudah ditanggung dalam program pemerintah?

Dalam hal pelayanan kesehatan lain yang telah ditanggung dalam program pemerintah, maka tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin.

Apakah BPJS juga menjamin alat bantu kesehatan?

Dalam hal diperlukan, peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat bantu kesehatan yang jenis dan plafon harganya ditetapkan oleh Menteri.

Kelas perawatan berapa yang ditanggung ketika harus rawat inap?

1. Di ruang perawatan kelas III bagi:
 - a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan
 - b. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

2. Di ruang Perawatan kelas II bagi:

- a. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
- b. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
- c. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
- d. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
- e. Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya.
- f. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

3. Di ruang perawatan kelas I bagi:

- a. Pejabat Negara dan anggota keluarganya.
- b. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya.

- c. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya.
- d. Anggota POLRI dan penerima pensiun Anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya.
- e. Pegawai pemerintah non pegawai negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV dan anggota keluarganya.
- f. Veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya.
- g. Peserta pekerja penerima upah bulanan lebih dari 2 (dua) kali PTKP dengan status kawin dengan 2 (dua) anak dan anggota keluarganya.
- h. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

Pelayanan apa saja yang tidak dijamin?

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat.
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
4. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.

5. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik.
6. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (Memperoleh Keturunan).
7. Pelayanan meratakan gigi (ortodonti).
8. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
9. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
10. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment/HTA*).
11. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
12. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
13. Perbekalan kesehatan rumah tangga.
14. Pelayanan kesehatan yang sudah dijamin dalam program kecelakaan lalu lintas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana, kejadian luar biasa/wabah.
16. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

Bagaimana dengan pasien kecelakaan lalulintas?

BPJS Kesehatan membayar selisih biaya pengobatan akibat kecelakaan lalu lintas yang telah dibayarkan oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai dengan tarif yang diberlakukan BPJS Kesehatan.

Bagaimana kalau peserta pindah kelas rawatan ke yang lebih tinggi?

Dalam hal peserta Jaminan Kesehatan menghendaki kelas perawatan yang lebih tinggi, selisih biaya menjadi beban peserta dan/atau asuransi swasta yang diikuti peserta.

Ketentuan mengenai tata cara pembayaran selisih biaya sebagaimana dimaksud diatur dalam Peraturan Menteri.

Apakah peserta jaminan kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan lainnya?

Peserta Jaminan Kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

Pada peserta jaminan kesehatan yang mempunyai asuransi kesehatan tambahan ketika sakit dan harus dirawat siapa yang akan menjamin biayanya?

BPJS Kesehatan dan penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan

dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat untuk Peserta Jaminan Kesehatan yang memiliki hak atas perlindungan program asuransi kesehatan tambahan.

Apa yang dimaksud dengan fasilitas kesehatan?

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mana untuk pertama kali peserta terdaftar?

1. Untuk pertama kali setiap peserta terdaftar pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
2. Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan selanjutnya peserta berhak memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diinginkan.
3. Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, kecuali berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar; atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Bagaimana jika peserta butuh penanganan lanjutan?

Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Apakah peserta yang dirawat inap memperoleh obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan?

Fasilitas kesehatan wajib menjamin peserta yang dirawat inap mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.

Bagaimana bila fasilitas kesehatan rawat jalan tidak memiliki sarana penunjang?

Fasilitas kesehatan rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan fasilitas kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

Bagaimana dengan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta?

1. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta jaminan

kesehatan pada fasilitas kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.

2. Daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud ditinjau dan disempurnakan paling lambat 2 (dua) tahun sekali.

Bagaimana dengan peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat?

1. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap fasilitas kesehatan.
2. Peserta yang menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.

Bagaimana bila belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat untuk memenuhi kebutuhan medis peserta?

Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.

Kompensasi apa saja yang diberikan kepada peserta?

Kompensasi yang dimaksud berupa biaya transportasi bagi pasien, satu orang pendamping keluarga dan tenaga kesehatan sesuai indikasi medis. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian kompensasi diatur dengan Peraturan Menteri.

Siapa yang bertanggung jawab terhadap ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan?

Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan.

Bagaimana dengan fasilitas kesehatan swasta?

Pemerintah dan pemerintah daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Apakah semua fasilitas kesehatan wajib kerjasama dengan BPJS Kesehatan?

Fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat

menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan

Bagaimana bentuk kerjasama serta apa syaratnya?

Kerjasama sebagaimana dimaksud dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis. Persyaratan kerjasama ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

Berapa besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan oleh BPJS?

Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

Apakah sebagai peserta BPJS Kesehatan masih dikenai biaya tambahan dari fasilitas kesehatan?

Tidak boleh dikenai biaya tambahan, kecuali peserta tidak mengikuti standar peraturan yang telah ditetapkan.

Bagaimana dengan mutu pelayanan, efektifitas tindakan dan efisiensi biaya ?

Pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan

pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

Meliputi apa saja kendali mutu yang dilakukan?

Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta. Ketentuan mengenai penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud diatur dalam peraturan BPJS.

Siapa yang bertanggung jawab terhadap kendali mutu dan biaya dan apa saja yang dilakukan untuk itu?

Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri bertanggung jawab untuk:

1. Penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*).
2. Pertimbangan klinis (*clinical advisory*) dan manfaat jaminan kesehatan.
3. Perhitungan standar tarif.
4. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.

Siapa saja yang dilibatkan dalam proses monitoring dan evaluasi?

Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan, Menteri berkordinasi dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

Apa yang dimaksud dengan DJSN?

Dewan Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disingkat DJSN adalah Dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Bila peserta tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kemana harus menyampaikan pengaduan ?

Dalam hal peserta tidak puas terhadap pelayanan jaminan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.

Bila tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS bagaimana ?

Dalam hal peserta dan/atau fasilitas kesehatan tidak mendapatkan

pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri.

Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menangani pengaduan?

Penyampaian pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan. Penyampaian pengaduan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam hal terjadi sengketa antara peserta dengan fasilitas kesehatan, peserta dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Bagaimana penyelesaiannya?

Dalam hal terjadi sengketa antara para pihak seperti tersebut di atas diselesaikan dengan cara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa. Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui pengadilan. Cara penyelesaian sengketa melalui mediasi atau melalui pengadilan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

KOMUNIKASI KE PUBLIK
MENDEFINISIKAN PESAN KUNCI
& MENYAMPAIKAN MATERI

MENDEFINISIKAN PESAN KUNCI

Apakah yang dimaksud dengan PESAN KUNCI ?

Pesan Kunci adalah **pesan utama yang ingin disampaikan terkait sebuah isu, dimana pesan tersebut harus dapat diterima/dipahami oleh target audiens yang dituju.**

Setiap individu dalam kelompok target bisa saja mengingat detail-detail yang berbeda, tetapi harus dipastikan bahwa mayoritas dari mereka mampu mengingat pesan utama yang disampaikan dalam satu atau dua kalimat yang sederhana.

Tujuan dari Penyiapan PESAN KUNCI

- Memiliki kontrol terhadap jalannya sebuah wawancara atau presentasi; tidak terbawa dengan agenda dari media/pihak ke-tiga.
- Dapat secara konsisten menyampaikan maksud perusahaan / institusi menyangkut isu tertentu.

Dalam menyusun Pesan Kunci, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya adalah:

- Harus sesuai dengan target audiens.
- Jumlah Pesan Kunci tidak boleh terlalu banyak; tidak lebih dari dua atau tiga buah. Hal ini berlaku bahkan untuk pidato/wawancara yang cukup panjang.
- Harus singkat, padat, dan jelas; tidak lebih dari satu atau dua kalimat.
- Sebaiknya sebelum memulai komunikasi ke publik (presentasi, wawancara, dll.) Pesan Kunci sudah dibuat secara tertulis, sehingga dapat dipastikan bahwa kalimatnya jelas dan tidak terlalu panjang.

Mengembangkan PESAN KUNCI

Beberapa langkah perlu dilakukan agar Juru Bicara mampu mengembangkan Pesan Kunci yang ingin disampaikan. Pengembangan ini membuat target audiens dapat lebih mudah menyerap Pesan Kunci tersebut sekaligus membuat komunikasi yang terjadi lebih menarik bagi mereka karena memiliki konteks kekinian (terkait dengan situasi terkini yang terjadi).

Langkah-Langkah mengembangkan Pesan Kunci:

1. Mendiskusikan Pesan Kunci yang ingin disampaikan dengan tim.
2. Mencoba mengaitkan Pesan Kunci dengan isu yang sedang berkembang.

3. Mengelaborasi fakta lainnya agar mendukung Pesan Kunci.

Fakta-fakta ini yang kemudian disusun sebagai Pesan Pendukung. Biasanya, tiap Pesan Kunci diperkuat dengan tiga fakta/Pesan Pendukung (format : trisula).

4. Menyampaikan Pesan Kunci secara berulang-ulang.

Oleh karenanya, Pesan Kunci harus dipersiapkan dengan variasi frasa untuk disampaikan di awal, di tengah, dan di akhir wawancara/komunikasi ke publik.

Menyampaikan PESAN KUNCI

Agar penyampaiannya efektif, maka Juru Bicara/Komunikator harus BERLATIH.

Tujuannya adalah:

1. Memeriksa apakah pesan yang ingin disampaikan memang sudah bisa “mengalir”.
2. Memeriksa kejelasan (*clarity*) dari pesan serta frasa dan diksi yang dipergunakan.

Dalam mengkomunikasikan secara efektif sebuah informasi/materi, Juru Bicara atau Komunikator harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. VERBAL: Pesan Kunci (sudah dijelaskan dimuka)
2. VOCAL: Irama bicara, Intonasi, Tempo (*pacing*: kecepatan berbicara)

dan Artikulasi (kesempurnaan pengucapan huruf-huruf, baik huruf hidup-vocal maupun huruf mati-konsonan)

3. VISUAL: Ekspresi wajah (mimik muka), bahasa tubuh dan bantuan alat peraga/pendukung. Tunjukkan antusiasme, vitalitas dan ketulusan hati.

Dramatisasi dalam menyampaikan materi

Dalam menyajikan materi, supaya lebih atraktif bagi audiens, sebaiknya Komunikator melakukan beberapa variasi dan tindakan, misalnya:

- Membagi pandangan ke semua audiens; bahkan, apabila memungkinkan mendekat ke audiens.
- Melontarkan humor (yang pas dan cerdas serta pada saat yang tepat).
- Memainkan intonasi/irama bicara.
- Tersenyum dan menunjukkan antusiasme, terutama jika ada yang bertanya.
- Mengatur/persiapan nafas saat bicara. Apabila perlu melakukan 'pause' sambil melihat reaksi audiens.
- Mengoptimalkan ekspresi wajah dan gerak tubuh/tangan (tapi tidak sampai berlebihan atau berkesan teatral).
- Berbicara seolah-olah dengan rekan di seberang meja, sehingga *power* suara cukup (dengan demikian bisa terdengar dengan jelas dan tidak tampak lemas/kurang bersemangat).
- Memberikan beberapa permainan (*games*) sebagai bagian dari simulasi.

ALAMAT & KONTAK

Penanggung Jawab Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I

Gedung Prof. Dr. Sujudi Lantai 14

Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9, Kuningan Jakarta Selatan 12950

Telepon: 021- 5221229, Fax: 021 – 5277543

SMS Center: 08121167755

Email : jamkesmas@yahoo.com

Website : www.ppjk.depkes.go.id

Pusat Komunikasi Publik Kementerian Kesehatan RI

Gedung Adhyatma, MPH, Lantai 1 Blok C

Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9, Kuningan Jakarta Selatan 12950

Halo Kemkes: 021- 500567

Fax: 021 – 52921669, SMS: 081281562620

Email: kontak@kemkes.go.id

Website: www.sehatnegeriku.com

Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

Gedung Prof. Dr. Sujudi Lantai 10

Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9, Kuningan Jakarta Selatan 12950

Telepon: 021- 5221224, Fax: 021- 5203873

Email: pusat.promkes@gmail.com

Website : www.promkes.depkes.go.id

Kantor PT. Askes Terdekat