



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.874, 2014

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014**

**TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan dalam upaya memberikan pemahaman program Jaminan Kesehatan Nasional kepada seluruh *stakeholder* terkait sehingga pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik, efektif, efisien, transparan dan akuntabel perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara

Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 363);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 264 Tahun 2012, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
9. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
10. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 206/PMK.02/ 2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Pasal 1

Pengaturan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Pemerintah (Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota) dan Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan), peserta program Jaminan Kesehatan Nasional dan pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 2

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

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- d. Efisien, transparan dan akuntabel.

Pasal 3

Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dimaksud dalam Pasal 1 sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 4

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta pada
tanggal 3 Juni 2014

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

NAFSIAH MBOI

MENTERI HUKUM DAN HAK
ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA,

AMIR SYAMSUDIN

=====

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL

PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28H dan pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 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.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 134 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

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 sehingga biaya Kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

Untuk mengatasi hal tersebut, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial.

Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pengaturan teknis pelaksanaan lebih lanjut program JKN dituangkan dalam berbagai peraturan sebagai turunan dari kedua Undang-Undang tersebut diatas, baik dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes), Surat Edaran (SE) Menteri Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis), Panduan Praktis dan lain-lain.

Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini memuat berbagai ketentuan pokok yang selanjutnya dijabarkan dalam berbagai petunjuk teknis sehingga diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional.

B. Tujuan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

C. Sasaran

Sasaran Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah (pusat dan daerah), BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengaturan dalam Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini meliputi penyelenggaraan, peserta dan

kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, monitoring dan evaluasi, pengawasan, dan penanganan keluhan.

BAB II

PENYELENGGARAAN

A. Ketentuan Umum

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

1. Regulator

Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

3. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)

4. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

B. Prinsip Prinsip Penyelenggaraan

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang

Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu:

1. Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

2. Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. 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.

5. 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.

6. Dana Amanah

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

7. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

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

BAB III

PESERTA DAN KEPESERTAAN

A. Ketentuan Umum

1. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :

- a. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja

paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah.

- b. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
 - c. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
 - d. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan anggota keluarganya.
2. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberikan nomor identitas tunggal oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI yang belum mendapatkan nomor identitas tunggal peserta dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), tetap dapat mengakses pelayanan dengan menggunakan identitas yang sudah ada.
3. Anak pertama sampai dengan anak ketiga dari peserta pekerja penerima upah sejak lahir secara otomatis dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
4. Bayi baru lahir dari :
- a. peserta pekerja bukan penerima upah;
 - b. peserta bukan pekerja;
 - c. peserta pekerja penerima upah untuk anak keempat dan seterusnya;

harus didaftarkan selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.

5. Menteri Sosial berwenang menetapkan data kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selama seseorang ditetapkan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
6. Sampai ada pengaturan lebih lanjut oleh Pemerintah tentang jaminan kesehatan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain-lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Demikian juga untuk penghuni panti-panti sosial serta penghuni rutan/lapas yang miskin dan tidak mampu.

B. Mekanisme Penetapan dan Pemutakhiran Data Penerima Bantuan Iuran (PBI)

1. Penetapan Kriteria dan Pendataan Penerima Bantuan Iuran (PBI)
Penetapan kriteria peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dilakukan oleh Kementerian Sosial. Berdasarkan kriteria tersebut dilakukan pendataan dan validasi oleh Dinas Sosial Kabupaten/kota setempat. Selanjutnya data hasil validasi diteruskan ke Kementerian Sosial untuk ditetapkan sebagai sasaran Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Penetapan Peserta

Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Sosial, yang selanjutnya didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

3. Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Perubahan data Penerima Bantuan Iuran (PBI) terdiri atas 2 yaitu:

- a. Penghapusan data Penerima Bantuan Iuran (PBI) antara lain karena peserta meninggal dunia atau peserta tersebut sudah memiliki kemampuan membayar iuran.
- b. Penambahan data Penerima Bantuan Iuran (PBI) antara lain karena pekerja mengalami Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) dan belum bekerja setelah lebih dari 6 bulan, korban bencana, anggota keluarga dari pekerja yang meninggal dunia dan anak yang dilahirkan oleh orang tua yang terdaftar sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

Usulan perubahan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dapat dilakukan dari daerah dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Usulan data calon pengganti Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui proses verifikasi yang merupakan bagian dari kegiatan pemutakhiran Basis Data Terpadu. Pemutakhiran data diawali dengan kegiatan Musyawarah Desa/Musyawarah Kelurahan (Musdes/Muskel) untuk mengusulkan Penerima Bantuan Iuran (PBI) pengganti. Kemudian dilakukan verifikasi oleh Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK).
- b. Dokumen hasil verifikasi pengganti kemudian dientri oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten/kota.
- c. Dinas Sosial Kabupaten/kota melakukan validasi terhadap data usulan tersebut, selanjutnya diproses dengan penambahan karakteristik Penerima Bantuan Iuran (PBI) pengganti kemudian dilakukan pemeringkatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan selanjutnya dilakukan verifikasi dan validasi untuk menjadi basis data terpadu Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

Mekanisme selanjutnya diatur di dalam Panduan Teknis Verifikasi dan Validasi Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

Perubahan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Menteri Sosial. Perubahan data Penerima Bantuan Iuran (PBI) dilakukan oleh Menteri Sosial melalui verifikasi dan validasi setiap 6 (enam) bulan dalam tahun anggaran berjalan sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

C. Pendaftaran Peserta

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan didaftarkan oleh Pemerintah sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta jaminan kesehatan dapat diikutsertakan dalam program Jaminan Kesehatan pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota.
- b. Bayi yang lahir dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dicatat dan dilaporkan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Mekanisme penetapan selanjutnya akan diatur oleh Kementerian Sosial.

2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI)

- a. Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja yang bersangkutan dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan;
- b. Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Proses pendaftaran dapat dilakukan secara bertahap baik perorangan atau seluruh anggota keluarga.

Prosedur pendaftaran peserta dan tata cara perubahan daftar susunan keluarga/mutasi kepesertaan diatur lebih lanjut dalam Panduan Teknis Kepesertaan yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

D. Hak dan Kewajiban Peserta

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak:

1. Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta.
2. Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
3. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sesuai yang diinginkan. Perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan. Khusus bagi peserta:

Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI, 3 (tiga) bulan pertama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

4. Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berkewajiban untuk:

1. Mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah.
2. Mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan.
3. Melaporkan perubahan data kepesertaan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran dan lain-lain.

E. Tahapan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Tahapan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan peta jalan (*roadmap*) menuju jaminan kesehatan semesta/ *Universal Health Coverage (UHC)* di tahun 2019. Pada tahap awal kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai 1 Januari 2014 terdiri dari peserta PBI Jaminan Kesehatan (pengalihan dari program Jamkesmas), Anggota TNI dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, Anggota POLRI dan PNS di lingkungan POLRI, dan anggota keluarganya, peserta asuransi kesehatan sosial dari PT. Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, peserta jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek dan anggota keluarganya, peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang telah berintegrasi dan peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan pekerja penerima upah). Tahap selanjutnya sampai dengan tahun 2019 seluruh penduduk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

BAB IV

PELAYANAN KESEHATAN

A. Ketentuan Umum

1. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP),
 - b. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);
 - c. pelayanan gawat darurat; dan

- d. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.
2. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis yang diperlukan.
3. Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan atau pada keadaan tertentu (kegawatdaruratan medik atau darurat medik) dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
4. Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya.
5. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
6. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta JKN disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang merujuk.
7. Program Rujuk Balik (PRB) pada penyakit-penyakit kronis (*diabetes mellitus*, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), *epilepsy*, *skizofren*, *stroke*, dan *Sindroma Lupus Eritematosus*) wajib dilakukan bila kondisi pasien sudah dalam keadaan stabil, disertai dengan surat keterangan rujuk balik yang dibuat dokter spesialis/sub spesialis.
8. Rujukan *partial* dapat dilakukan antar fasilitas kesehatan dan biayanya ditanggung oleh fasilitas kesehatan yang merujuk
9. Kasus medis yang menjadi kompetensi FKTP harus diselesaikan secara tuntas di FKTP, kecuali terdapat keterbatasan SDM, sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
10. Status kepesertaan pasien harus **dipastikan sejak awal** masuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN dan selanjutnya menunjukkan nomor identitas peserta JKN selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.
11. Pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (ditetapkan oleh Dinas Kesehatan setempat dengan pertimbangan

BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan) dan peserta memerlukan pelayanan kesehatan, maka peserta diberikan kompensasi oleh BPJS Kesehatan. Pemberian kompensasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

12. Dalam hal tidak terdapat dokter spesialis pada suatu daerah dimungkinkan untuk mendatangkan dokter spesialis di FKRTL dengan persyaratan teknis dan administratif yaitu :

- a. Diketahui oleh Dinas Kesehatan dan BPJS setempat.
- b. Transportasi tidak bisa ditagihkan.
- c. Menggunakan pola pembayaran INA-CBGs sesuai dengan kelas FKRTL dokter.

Pelayanan kesehatan bagi peserta penderita penyakit HIV dan AIDS, *Tuberculosis* (TB), malaria serta kusta dan korban narkoba yang memerlukan rehabilitasi medis, pelayanannya dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang merupakan bagian dari pembayaran kapitasi dan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan tetap dapat diklaimkan sesuai tarif INA-CBGs, sedangkan obatnya menggunakan obat program.

Obat program disediakan oleh pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Jenis obat, fasilitas kesehatan yang melayani program tersebut, mekanisme distribusi obat, diatur sesuai dengan ketentuan masing-masing program.

B. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). FKTP dimaksud adalah:

1. Puskesmas atau yang setara,
2. Praktik Dokter,
3. Praktik dokter gigi,
4. Klinik Pratama atau yang setara,
5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan.

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) berupa:

1. Klinik utama atau yang setara,

2. Rumah Sakit Umum,

3. Rumah Sakit Khusus. C. Manfaat Jaminan Kesehatan

Manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulan. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter.

1. Manfaat yang dijamin dalam JKN terdiri dari :

a. Pelayanan kesehatan di FKTP merupakan pelayanan kesehatan non-spesialistik yang meliputi :

- 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 pertama; dan
- 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud diatas untuk pelayanan medis mencakup:

- 1) Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
- 2) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
- 3) Kasus medis rujuk balik;
- 4) Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
- 5) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan
- 6) Rehabilitasi medik dasar.

b. Pelayanan Kesehatan di FKRTL/Rujukan Tingkat Lanjutan yang mencakup:

- 1) Administrasi pelayanan;
- 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
- 3) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis;
- 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- 5) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- 6) Rehabilitasi medis;
- 7) Pelayanan darah;
- 8) Pelayanan kedokteran forensik klinik;
- 9) Pelayanan jenazah (pemulasaran jenazah) pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (tidak termasuk peti jenazah);
- 10) Perawatan inap non-intensif;
- 11) Perawatan inap di ruang intensif; dan
- 12) Akupunktur medis.

c. Manfaat pelayanan promotif dan preventif

- 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Imunisasi dasar, meliputi *Baccille Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.
- 3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
- 4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- 5) Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan, yaitu:
 - a) Diabetes mellitus tipe II;
 - b) Hipertensi;
 - c) Kanker leher rahim;
 - d) Kanker payudara; dan
 - e) Penyakit lain yang ditetapkan Menteri.

6) Pelayanan skrining kesehatan tertentu dalam poin 5) merupakan pelayanan yang termasuk dalam lingkup non-kapitasi, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan meliputi :

- a) Pemeriksaan Gula Darah;
- b) Pemeriksaan IVA untuk kasus *Ca Cervix* ; dan
- c) Pemeriksaan *Pap Smear*

7) Khusus untuk kasus dengan pemeriksaan IVA positif dapat dilakukan pelayanan Terapi Krio.

d. Manfaat Pelayanan Kebidanan dan Neonatal dalam JKN :

- 1) Pemeriksaan ANC berupa pemeriksaan fisik, pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan denyut jantung janin, pemeriksaan posisi janin, pemeriksaan Hb, pemeriksaan golongan darah, tes celup glukoprotein urin, imunisasi, pemberian suplemen besi dan asam folat, dan konseling, serta mengonsultasikan ke dokter pada trimester pertama atau sedini mungkin.
- 2) Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan.
- 3) Pemeriksaan PNC/neonatus sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi.
- 4) pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya.

e. Pelayanan alat kesehatan

Pelayanan alat kesehatan yang jenis dan plafon harga ditetapkan oleh Menteri. Pelayanan alat bantu kesehatan yang dijamin meliputi :

NO	ALAT KESEHATAN	KETENTUAN
1	Kacamata	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali 2. Indikasi medis minimal: <ul style="list-style-type: none">- Sferis 0,5D- Silindris 0,25D-
2	Alat bantu dengar	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis

3	Protesa alat gerak	1. Protesa alat gerak adalah: a. Kaki palsu b. Tangan palsu 2. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis
4	Protesa gigi	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama
5	Korset tulang belakang	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
6	<i>Collar neck</i>	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
7	Kruk	Diberikan paling cepat 5(lima) tahun sekali atas indikasi medis

2. Manfaat yang tidak dijamin dalam program JKN meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur non medis, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
- k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan

(eksperimen);

- l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
- m. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- o. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*);. Yang dimaksudkan *preventable adverse events* adalah cedera yang berhubungan dengan kesalahan/kelalaian penatalaksanaan medis termasuk kesalahan terapi dan diagnosis, ketidaklayakan alat dan lain-lain sebagaimana kecuali komplikasi penyakit terkait.
- p. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

D. Pelayanan Obat, Penyediaan Obat dan Penggunaan obat

1. Pelayanan Obat

- a. Pelayanan obat untuk Peserta JKN di FKTP dilakukan oleh apoteker di instalasi farmasi klinik pratama/ruang farmasi di Puskesmas/apotek sesuai ketentuan perundang-undangan.

Dalam hal di Puskesmas belum memiliki apoteker maka pelayanan obat dapat dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian dengan pembinaan apoteker dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- b. Pelayanan obat untuk Peserta JKN di FKRTL dilakukan oleh apoteker di instalasi farmasi rumah sakit/klinik utama /apotek sesuai ketentuan perundang-undangan.
- c. Pelayanan obat untuk peserta JKN pada fasilitas kesehatan mengacu pada daftar obat yang tercantum dalam Fornas dan harga obat yang tercantum dalam e-katalog obat.
- d. Pengadaan obat menggunakan mekanisme *e-purchasing* berdasarkan e-katalog atau bila terdapat kendala operasional dapat dilakukan secara manual.
- e. Dalam hal jenis obat tidak tersedia di dalam Formularium Nasional dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2012 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 Tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah).

Dalam hal faskes mengalami kendala ketersediaan obat sebagaimana yang tercantum pada e-katalog maka dapat menghubungi Direktorat Bina Obat Publik dengan alamat email: e_katalog@kemkes.go.id atau 081281753081 dan (021)5214872.

Setiap laporan kendala ketersediaan obat harus disertai dengan informasi:

- a. nama, sediaan dan kekuatan obat
- b. nama pabrik obat dan nama distributor obat
- c. tempat kejadian (nama dan alamat kota/kabupaten dan propinsi, depo farmasi/apotek/instalasi farmasi Rumah Sakit pemesan obat)
- d. tanggal pemesanan obat
- e. hasil konfirmasi dengan distributor setempat
- f. hal-hal lain yang terkait

2. Penyediaan Obat

Penyediaan obat di fasilitas kesehatan dilaksanakan dengan mengacu kepada Fornas dan harga obat yang tercantum dalam e-katalog obat.

Pengadaan obat dalam e-katalog menggunakan mekanisme e-purchasing, atau bila terdapat kendala operasional dapat dilakukan secara manual. Dalam hal jenis obat tidak tersedia dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

3. Penggunaan Obat Di Luar Formularium nasional

Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunaan obat disesuaikan dengan standar pengobatan dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di Formularium nasional, maka hal ini dapat diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Penggunaan obat di luar Formularium nasional di FKTP dapat digunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran yang biayanya sudah termasuk dalam kapitasi dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
- b. Penggunaan obat di luar Formularium nasional di FKRTL hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur Rumah Sakit **yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA CBGs** dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.

E. Peningkatan Kelas Perawatan

1. Peserta JKN, kecuali peserta PBI, dimungkinkan untuk meningkatkan kelas perawatan atas permintaan sendiri pada FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Untuk pasien yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu

kali pindah kelas perawatan.

3. Khusus bagi pasien yang meningkatkan kelas perawatan (kecuali peserta PBI Jaminan Kesehatan):
 - a. sampai dengan kelas I, maka diberlakukan urun biaya selisih tarif INA-CBGs kelas ruang perawatan yang dipilih dengan tarif INA-CBGs yang menjadi haknya.
 - b. Jika naik ke kelas perawatan VIP, maka diberlakukan urun biaya sebesar selisih tarif VIP lokal dengan tarif INA-CBGs kelas perawatan yang menjadi haknya.
4. Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari. Selanjutnya dikembalikan ke ruang perawatan yang menjadi haknya. Bila masih belum ada ruangan sesuai haknya, maka peserta ditawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara atau selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan yang bersangkutan.
5. Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas satu tingkat di atasnya penuh, peserta dapat dirawat di kelas satu tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari dan kemudian dikembalikan ke kelas perawatan sesuai dengan haknya. Apabila perawatan di kelas yang lebih rendah dari haknya lebih dari 3 (tiga) hari, maka BPJS Kesehatan membayar ke FKRTL sesuai dengan kelas dimana pasien dirawat.
6. Bila semua kelas perawatan di rumah sakit tersebut penuh maka rumah sakit dapat menawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara dengan difasilitasi oleh FKRTL yang merujuk dan berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan.
7. Rumah sakit harus memberikan informasi mengenai biaya yang harus dibayarkan akibat dengan peningkatan kelas perawatan.
8. Dalam hal peserta JKN (kecuali peserta PBI) menginginkan kenaikan kelas perawatan atas permintaan sendiri, peserta atau anggota keluarga harus menandatangani **surat pernyataan tertulis** dan selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta.

F. Prosedur Pelayanan

Tata Cara Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

1. Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
 - a. Setiap peserta harus terdaftar pada FKTP yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memperoleh pelayanan.
 - b. Menunjukkan nomor identitas peserta JKN.
 - c. Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP.
 - d. Jika diperlukan sesuai indikasi medis peserta dapat memperoleh pelayanan rawat inap di FKTP atau dirujuk ke FKRTL.

2. Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

- a. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus *emergency*, tanpa surat rujukan
- b. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.
- d. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
- e. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspesialis.
- f. Apabila dokter spesialis/subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin (d) dan (e), maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.
- g. Fisioterapis dapat menjalankan praktik pelayanan Fisioterapi secara mandiri (sebagai bagian dari jejaring FKTP untuk pelayanan rehabilitasi medik dasar) atau bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- h. Pelayanan rehabilitasi medik di FKRTL dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik.
- i. Dalam hal rumah sakit belum memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik, maka kewenangan klinis dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik dapat diberikan kepada dokter yang selama ini sudah ditugaskan sebagai koordinator pada bagian/ departemen/ instalasi rehabilitasi medik rumah sakit, dengan kewenangan terbatas sesuai kewenangan klinis dan rekomendasi surat penugasan klinis yang diberikan oleh komite medik rumah sakit kepada direktur/kepala rumah sakit.
- j. Apabila dikemudian hari rumah sakit tersebut sudah memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik maka semua layanan rehabilitasi medik kembali menjadi wewenang dan tanggung jawab dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik.

3. Pelayanan Kegawatdaruratan (*Emergency*):

- a. Pada keadaan kegawatdaruratan (*emergency*), seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) baik fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau belum bekerja sama, wajib memberikan

pelayanan penanganan pertama kepada peserta JKN.

- b. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.
- c. Fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus segera merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan

G. Koordinasi Manfaat/ *Coordination of Benefit* (COB)

1. BPJS Kesehatan melakukan koordinasi manfaat dengan program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas serta jaminan kesehatan lainnya.
2. Apabila fasilitas kesehatan tidak berkerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka mekanisme penjaminannya disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya. Ketentuan teknis lebih lanjut diatur dalam peraturan BPJS Kesehatan.
3. Ketentuan mengenai tata cara koordinasi manfaat diatur dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas atau penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya.

BAB V

PENDANAAN

A. Ketentuan Umum

1. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka kepada FKTP oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
3. Pengelolaan Dana Kapitasi adalah tatacara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.
4. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
5. Pola pembayaran *Case Based Groups* adalah salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang

memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama.

6. Pengelolaan dan pemanfaatan dana di FKTP dan FKRTL milik pemerintah pengaturannya mengikuti ketentuan peraturan perundangan, sedangkan pengelolaan dan pemanfaatan dana di FKTP dan FKRTL milik swasta pengaturannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada faskes swasta tersebut.
7. Fasilitas kesehatan tidak diperbolehkan meminta iur biaya kepada peserta selama mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.
8. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
9. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan.
10. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.
11. BPJS Kesehatan wajib memberikan *feedback* atas telaah hasil verifikasi terhadap perbedaan biaya yang diajukan dengan yang disetujui.
12. FKRTL wajib mengirimkan *softcopy* klaim individual **yang sudah dibayar** oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan cq Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
13. FKTP dan FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan menagihkan biaya pelayanan gawat darurat secara langsung kepada BPJS Kesehatan.
14. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan gawat darurat menggunakan tarif INA CBGs sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh Menteri Kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.
15. FKRTL yang belum memiliki penetapan kelas, menggunakan tarif INA-CBGs Rumah Sakit kelas D.
16. Kadaluarsa Klaim

- a. Klaim Kolektif

Batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

- b. Klaim Perorangan

Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua)

tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

B. Sumber Pendanaan

Sumber pendanaan dalam penyelenggaraan JKN berasal dari iuran peserta PBI dan bukan PBI.

1. Iuran Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran Peserta Bukan PBI:
 - a. Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pekerja dan Pemberi Kerja.
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan.

C. Mekanisme Pembayaran

1. Mekanisme Pembayaran Iuran

Mekanisme pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS Kesehatan.

- a. Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- b. Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI.
- c. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Pemberi kerja memungut iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS Kesehatan.
 - 2) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS Kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS Kesehatan sebagaimana diatur oleh Kementerian Keuangan.
- d. Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan kelas perawatannya.
- e. Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dibayar oleh pemerintah kepada BPJS Kesehatan.

2. Mekanisme Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan Kapitasi dan Non Kapitasi. Untuk FKRTL, BPJS Kesehatan akan membayar dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBGs.

3. Mekanisme Pembayaran Kapitasi

Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan Kab/Kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah (KASDA) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah.

Sejak diundangkannya Perpres 32/2014 dan Permenkes 19/2014 dana Kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah.

4. Mekanisme Pembayaran Klaim Non Kapitasi

Pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

- a. pelayanan ambulan;
- b. pelayanan obat program rujuk balik;
- c. pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik;
- d. pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio;
- e. rawat inap tingkat pertama;
- f. pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter;
- g. pelayanan KB berupa MOP/vasektomi;
- h. kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat;
- i. pelayanan darah di FKTP; dan
- j. pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

5. Mekanisme Pembayaran INA CBGs

Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap.

Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket INA CBGs di atur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis INA CBGs.

6. Mekanisme Pembayaran di luar paket INA CBGs

Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem di luar paket INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.

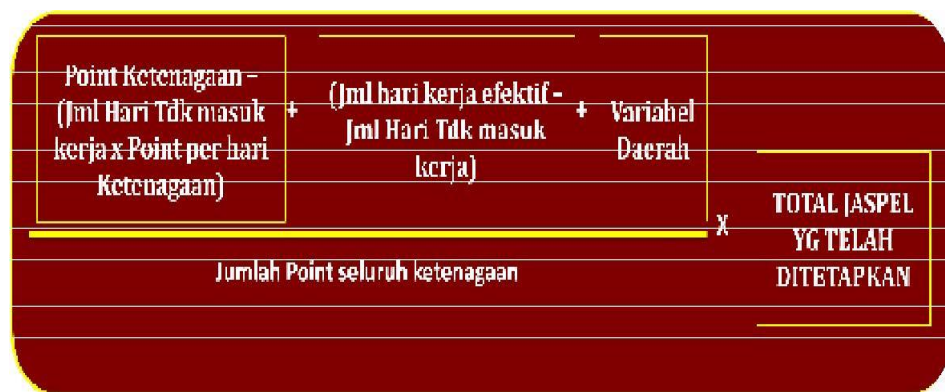
D. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

- a. FKTP yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

1) Dana Kapitasi

- a) Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi mulai bulan Januari sampai dengan bulan April tahun 2014 dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.
- b) Untuk memanfaatkan kembali Dana Kapitasi yang telah disetorkan ke Kas Daerah oleh FKTP Milik Pemerintah Daerah, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus; (1) mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut; (2) membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan.
- c) Dalam hal pemerintah daerah belum menetapkan bendahara dan rekening dana kapitasi JKN dan BPJS membayar dana kapitasi ke rekening lama, maka dana kapitasi tersebut harus disetor ke kas daerah.
- d) Setelah pemerintah daerah menetapkan bendahara dan rekening dana kapitasi JKN, dinas kesehatan mengusulkan kepada dinas PPKAD untuk melakukan reklas/pemindahbukuan dana kapitasi dari BUD ke masing-masing rekening dana kapitasi JKN FKTP sesuai dengan dana kapitasi yang diterima oleh FKTP.
- e) Dalam melakukan pembagian jasa pelayanan, pemerintah daerah dapat menambah variabel antara lain kinerja, status kepegawaian, dan masa kerja sesuai dengan kondisi daerah yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- f) Dalam menghitung jumlah/nilai setiap tenaga dilakukan secara proporsional dengan melakukan elaborasi variabel jenis ketenagan dan/atau jabatan dengan variabel kehadiran.
- g) Perhitungan pembagian jasa pelayanan kesehatan dapat diformulasikan sebagai berikut :



Keterangan:

1. Poin per hari adalah poin sesuai ketenagaan dibagi maksimal jumlah hari kerja efektif dalam satu bulan.
2. Jumlah hari tidak masuk kerja adalah jumlah ketidakhadiran dalam satu bulan.

3. **Contoh perhitungan** Jasa Pelayanan Kesehatan terlampir.

- g) Alokasi Dana Kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk; (1) obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan (2) kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya
- h) Dukungan kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya, meliputi:
 - (1) upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif lainnya. Untuk kegiatan ini dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti biaya makan-minum, Jasa profesi Narasumber, foto copy bahan, service ringan alat kesehatan, perjalanan.
 - (2) kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti perjalanan, uang harian.
 - (3) operasional untuk puskesmas keliling. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti Bahan Bakar Minyak (BBM), penggantian Oli, suku cadang kendaraan pusling.
 - (4) bahan cetak atau alat tulis kantor; dan/atau
 - (5) administrasi keuangan dan sistem informasi. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti perjalanan, uang harian, foto copy bahan, belanja piranti keras dan piranti lunak dalam mendukung implementasi sistem informasi JKN, biaya operasional sistem informasi.
- i) Penggunaan Dana Kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan sebagaimana tersebut di atas dilaksanakan tetap mengacu pada ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

2) Dana Non Kapitasi

- a) Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan di

bidang pengelolaan keuangan daerah.

- b) Dana Non Kapitasi yang telah disetorkan ke Kas Daerah oleh FKTP dapat dimanfaatkan kembali dengan cara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus; (1) mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut; (2) membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan.

b. FKTP BLUD

Untuk FKTP BLUD mekanisme pengelolaan dan pemanfaatan dana baik kapitasi maupun non kapitasi sepenuhnya dilakukan berdasarkan ketentuan BLUD.

c. FKTP lainnya milik Pemerintah

- 1) Untuk FKTP lainnya milik Pemerintah mekanisme pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi akan diatur tersendiri melalui Peraturan Menteri Keuangan.
- 2) Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP milik Pemerintah dimanfaatkan seluruhnya untuk:
 - a) pembayaran jasa pelayanan kesehatan; dan
 - b) dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan
- 3) Dana kapitasi yang digunakan untuk Jasa Pelayanan dialokasikan antara 40% - 60% dari total pengembalian dana Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan
- 4) Sedangkan mekanisme pengelolaan dan pemanfaatan dana non kapitasi sepenuhnya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

d. Klinik Pratama dan Dokter/Dokter Gigi Praktik

Pemanfaatan dan Pertanggungjawaban dana JKN baik kapitasi dan non kapitasi di Klinik Pratama dan Dokter/Dokter Gigi Praktik sepenuhnya dilakukan atas ketentuan pada Klinik Pratama/Dokter/Dokter Gigi Praktik.

e. Bidan Jejaring dari FKTP

Pada penyelenggaraan JKN Bidan sebagai pemberi pelayanan kebidanan dan neonatal merupakan jejaring dari FKTP yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dalam rangka pembinaan administrasi terhadap Bidan sebagai jejaring, maka FKTP di luar milik Pemerintah Daerah dapat mengenakan biaya pembinaan dengan besaran maksimal 10% dari total klaim.

Dalam hal disuatu daerah Bidan berjejaring dengan FKTP milik Pemerintah Daerah, klaim dilakukan melalui FKTP milik Pemerintah Daerah. Setelah dibayar oleh BPJS FKTP Milik Pemerintah Daerah

segera membayarkan secara utuh kepada Bidan Jejaring sesuai dengan besaran klaim terhadap pelayanan yang diberikan.

2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

a. Mekanisme Pemanfaatan:

1) Rumah Sakit/Balai Non BLU/Non BLUD

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/pemerintah daerah yang belum berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya disesuaikan dengan ketentuan perundangan.

2) Rumah Sakit/Balai BLU/BLUD

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/pemerintah daerah yang berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya mengikuti ketentuan BLU/BLUD.

3) Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

- b. Besaran jasa pelayanan kesehatan di FKRTL milik Pemerintah dalam kisaran 30 - 50% (tiga puluh sampai dengan lima puluh persen) dari total pendapatan fasilitas kesehatan tersebut. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik swasta pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

Sesuai UU Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara Pasal 25 ayat (1) bahwa bunga bank dan/atau jasa giro yang diperoleh Pemerintah merupakan Pendapatan Negara/Daerah.

BAB VI

BADAN PENYELENGGARA

A. Ketentuan Umum

1. Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional adalah BPJS Kesehatan
2. BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang bersifat nirlaba dan bertanggung jawab kepada Presiden.
3. BPJS Kesehatan berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara Republik Indonesia, dan mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota.

B. ORGAN BPJS

Organ BPJS Kesehatan terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi. Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang anggota yang terdiri dari 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2 (dua) orang unsur Pekerja, 2 (dua) orang unsur Pemberi Kerja, 1 (satu) orang unsur Tokoh Masyarakat. Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional.

C. FUNGSI, TUGAS, WEWENANG, HAK, DAN KEWAJIBAN

1. FUNGSI

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsinya BPJS bertugas untuk:

2. TUGAS

Dalam melaksanakan fungsinya BPJS Kesehatan bertugas untuk:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

3. WEWENANG

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan berwenang untuk:

- a. menagih pembayaran Iuran;
- b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai

ketidapatuhabannya dalam membayar luran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

4. HAK

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS Kesehatan berhak untuk:

- a. memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

5. KEWAJIBAN

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:

- a. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
- b. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
- c. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- d. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- e. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- g. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;
- h. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- i. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

BAB VII

MONITORING, EVALUASI DAN PENANGANAN KELUHAN

A. Ketentuan Umum

1. Dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional berbagai pihak melaksanakan monitoring dan evaluasi sesuai dengan kewenangan masing-masing. Para pihak yang melakukan monev yaitu Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Kementerian Kesehatan, Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (BAPPENAS),

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS)-Kes).

2. Dalam hal pengembangan program Jaminan Kesehatan Nasional dan kepesertaan secara menyeluruh merupakan kewenangan monev dari DJSN. Sehat atau tidaknya keuangan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan oleh BPJS Kesehatan merupakan kewenangan monev dari OJK. Dari sisi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan merupakan kewenangan Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan monev. Dalam hal evaluasi status kesehatan, kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, *social protection* dan fiskal dari penyelenggaraan JKN merupakan kewenangan Bappenas.
3. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan telah sesuai dengan kewenangan dan standar pelayanan medis yang ditetapkan oleh Menteri.
4. Dalam upaya meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan bertanggung jawab dalam menangani keluhan. Penanganan keluhan dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.

B. Aspek Monitoring Dan Evaluasi

Dalam pelaksanaan Monev penyelenggaraan JKN ada beberapa aspek yang perlu di monitoring yaitu Kepesertaan, Fasilitas Kesehatan, SDM Kesehatan, Obat dan Alat Kesehatan, Utilisasi Pelayanan dan Keuangan, serta Organisasi dan Kelembagaan. Sedangkan untuk evaluasi penyelenggaraan JKN aspek yang akan di evaluasi yaitu status kesehatan, kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, jaminan sosial, fiskal, dan lain-lain.

Monitoring penyelenggaraan pelayanan JKN oleh Kementerian Kesehatan lebih di prioritaskan pada aspek Fasilitas Kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, Obat dan Alat Kesehatan, Utilisasi Pelayanan.

C. Tim Monitoring-Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan JKN

Dalam Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi (Monev) Pelayanan penyelenggaraan JKN yang menjadi kewenangan Kementerian Kesehatan dibentuk Tim Monev Penyelenggaraan JKN di tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota. Tim Monev penyelenggaraan pelayanan JKN dibentuk secara internal dan lintas program.

Tim Monev penyelenggaraan pelayanan JKN tingkat pusat di tetapkan oleh Menteri Kesehatan, sedangkan Tim Monev Penyelenggaraan pelayanan JKN di tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota ditetapkan dengan SK kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

Pelaksanaan monev penyelenggaraan pelayanan JKN mengacu pada pedoman monev penyelenggaraan pelayanan JKN.

D. Pelaporan dan *Utilization Review*

Sesuai dengan Perpres 108 Tahun 2013, BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas

pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program tahunan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.

Dalam rangka upaya perbaikan mutu penyelenggaraan pelayanan JKN diperlukan data dan informasi. Untuk itu data dan informasi tersebut diperoleh dengan lengkap dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan sebagaimana di amanatkan dalam Permenkes nomor 71 tahun 2013, bahwa Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkala setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan melaporkan hasil *Utilization Review* kepada Menteri dan DJSN.

E. Penanganan Keluhan

Dalam upaya penanganan keluhan di dalam penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan meliputi beberapa prinsip :

1. 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.
- 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.

2. Mekanisme Penanganan Keluhan

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

Mekanisme yang dapat ditempuh untuk menyelesaikan keluhan, terdiri

atas :

- a. Apabila terjadi masalah antara Peserta dengan fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan maka Peserta dapat mengajukan pengaduan/keluhan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan oleh para pihak secara musyawarah. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya, yaitu ke BPJS Kesehatan setempat, Tim Monev Kabupaten/Kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan selaku mediator).
- b. Apabila terjadi masalah antara Peserta dengan BPJS Kesehatan atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan maka Peserta dapat mengajukan keluhan kepada BPJS Kesehatan setempat untuk penyelesaian masalah secara musyawarah oleh para pihak. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya, yaitu Tim Monev Kabupaten/Kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan selaku mediator).
- c. Apabila terjadi permasalahan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten/Kota, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan selaku mediator).
- d. Apabila terjadi permasalahan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten/Kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan selaku mediator).

Apabila penanganan keluhan atas permasalahan yang dihadapi oleh para pihak baik antara Peserta dengan Fasilitas Kesehatan, Peserta dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan setelah dilakukan mediasi oleh Menteri Kesehatan maka dapat diteruskan penyelesaiannya melalui pengadilan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.

3. Mekanisme Penanganan Keluhan

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

Mekanisme yang dapat ditempuh untuk menyelesaikan keluhan, terdiri atas :

- a. Apabila Peserta memiliki keluhan terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat mengajukan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat

diteruskan ke jenjang selanjutnya (melalui Tim Monev Kabupaten/Kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan).

- b. Apabila Peserta memiliki keluhan terhadap pelayanan yang diberikan BPJS Kesehatan, maka dapat menyampaikan pengaduan kepada BPJS Kesehatan setempat. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya (melalui Tim Monev Kabupaten/kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan).
- c. Apabila terjadi permasalahan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan atau antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya (melalui Tim Monev Kabupaten/kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan).

BAB VIII

P E N U T U P

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya, melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bagi peserta program JKN dana amanah yang harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah.

Diharapkan pelayanan kesehatan bagi penduduk melalui program JKN ini dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya. Semoga apa yang menjadi harapan kita semua yaitu jaminan kesehatan bagi semua/ *Universal Health Coverage* pada tahun 2019 dapat terwujud dengan baik dan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsinya, baik gagasan pemikiran, tenaga dan kontribusi lainnya mendapatkan imbalan yang setimpal dari Tuhan Yang Maha Esa.

MENTERI KESEHATAN

REPUBLIK INDONESIA,

NAFSIAH MBOI