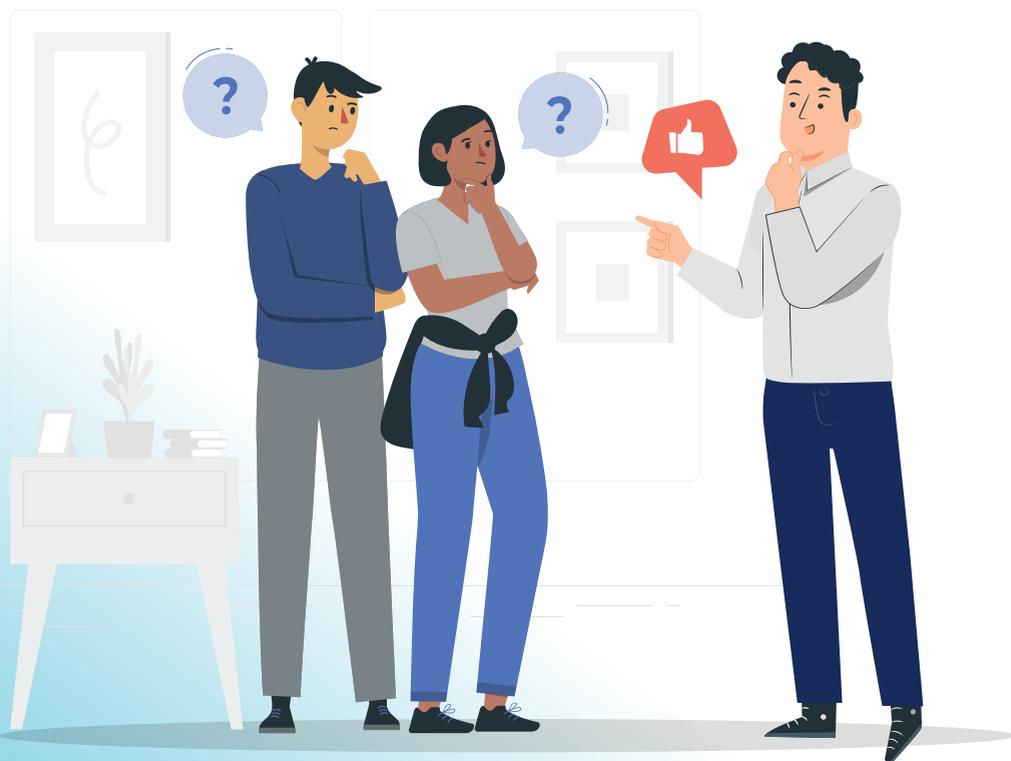




BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)

Panduan Layanan Fasilitas Kesehatan

BPJS KESEHATAN



FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)

Panduan Layanan Fasilitas Kesehatan

Penulis

Kedeputian Bidang Manajemen Mutu dan
Kerjasama Fasilitas Kesehatan

Pengarah

Lily Kresnowati

Editor/Penyunting

Beno Herman

Tim Penyusun

Rudy Widjajadi
Tri Widhiastuti Puspitasari
Indira Tania
Mas Herlanto Yudho Pradono
Rahmawati
Syifa Fauziah
Cindy Zivani

Kontributor UKPF

Herawati
Rachma Melati
Pranatawati Nur Tsani
Andina Rahmayani
Vonicha Regia
Anugrah Agus Putra
Wely Trisna Aprinanda
Hendra Apriadi Lubis
Moh Nurul Syafyuddin
Nunki Malahayati

Kedeputian Bidang Manajemen Mutu dan
Kerjasama Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan

Copyright © 2024 BPJS Kesehatan
All Right Reserved

Frequently Asked Questions (FAQ) Panduan Layanan Fasilitas Kesehatan

Penulis

Kedeputian Bidang Manajemen Mutu dan
Kerjasama Fasilitas Kesehatan

Editor/Penyunting

Beno Herman

Cetakan ke-1 : Desember 2024

Diterbitkan oleh:

BPJS Kesehatan

Kantor Pusat
Jln. Letjend Suprpto, Kav. 20, No. 14,
Cempaka Putih, Jakarta Pusat 10510
Telp. +62 21 421 2938 (Hunting)
Website: www.bpjs-kesehatan.go.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, sehingga buku “**Frequently Asked Questions (FAQ) Panduan Layanan Fasilitas Kesehatan**” ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Sebagai badan hukum publik yang dipercayakan dengan tugas penting dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan memiliki 4 (empat) fokus utama badan Tahun 2024, yaitu: Pencapaian cakupan peserta dan peningkatan keaktifan kepesertaan, Transformasi Mutu Layanan, Penguatan Kebijakan dan Ekosistem JKN dan Peningkatan Produktivitas Badan.

Berdasarkan UU Nomor 25 Tahun 2009, penyelenggara pemerintahan wajib untuk memberikan pelayanan publik yang bermutu berdasarkan asas pelayanan publik. Oleh karena itu, diperlukan suatu sistem yang menjadi standar pelayanan publik yaitu tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji kepada masyarakat dalam rangka memberikan pelayanan yang mudah, cepat, dan setara.

Tantangan terhadap konsep barang publik dalam pelayanan kesehatan salah satunya adalah asimetris informasi. Jika penyedia layanan dalam hal ini adalah fasilitas kesehatan memiliki informasi yang akurat, maka peserta JKN yang akan diuntungkan dan kepuasan terhadap layanan JKN akan meningkat. Maka, buku ini disusun untuk membantu Petugas Pemberi Informasi di Fasilitas Kesehatan dapat memberikan informasi yang sesuai ketentuan bagi Peserta JKN.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan buku ini. Semoga buku “**Frequently Asked Questions (FAQ) Panduan Layanan Fasilitas Kesehatan**” ini dapat menjadi sumber informasi pelayanan kesehatan bagi Petugas PIPP di Fasilitas Kesehatan sehingga Program JKN dapat berjalan secara berkelanjutan dan terus memberikan manfaat kepada masyarakat.

Jakarta, 23 Oktober 2024



Ali Guhron Mukti
Direktur Utama





BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
PENDAHULUAN	1
UMUM.....	3
Apa yang dimaksud dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional.....	3
Apa alasan utama harus menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional	3
KEPESERTAAN	5
Siapakah yang dimaksud dengan Peserta?.....	5
Siapa saja yang menjadi Peserta JKN?.....	5
Bagaimana mekanisme pendaftaran anggota keluarga sebagai Peserta JKN mengacu pada ketentuan jenis kepesertaannya? ..	6
Bagaimana cara mendapatkan Kartu Peserta?	7
Apa saja Hak Peserta?	7
Apa saja Kewajiban Peserta?	8
Apa saja kanal yang dapat digunakan oleh peserta dalam melakukan proses administrasi kepesertaan berupa pendaftaran peserta, perubahan data peserta, pembayaran iuran, pemberian informasi, penanganan pengaduan, saran dan aspirasi?	8
Bagaimana mendaftarkan Bayi Baru Lahir?.....	9
Bagaimana mendaftarkan Bayi Baru Lahir sesuai dengan jenis kepesertaannya?.....	9
Apa saja jenis perubahan kepesertaan JKN?	10
Bagaimana melakukan Perubahan Kelas Rawat?.....	11
Apa yang harus dilakukan jika ada data kepesertaan yang tidak sesuai?	12
Apa saja yang menyebabkan kartu Peserta menjadi Non Aktif dan bagaimana cara mereaktivasinya?	12
Apa yang menyebabkan hak kelas rawat Peserta tidak sesuai?	13
Apa yang menyebabkan jumlah denda pelayanan Peserta tidak sesuai?	14
Apa saja fitur yang terdapat dalam aplikasi Mobile JKN?.....	15

IURAN..... 17

Berapa Besaran Iuran dan Siapa yang Membayar?.....	17
Bagaimana Cara Membayar Iuran?.....	19
Mengapa Iuran Harus Dibayar Secara Rutin?	21
Bagaimana Jika Terlambat Membayar Iuran JKN?	21
Apa saja kendala pindah segmen karena tunggakan iuran?	21
Bagaimana apabila denda sudah dibayarkan, namun SEP belum dapat diterbitkan?	22
Mengapa peserta tidak bisa membayar iuran melalui <i>Virtual Account</i> yang sudah didaftarkan?	22
Mengapa tagihan iuran tidak sesuai?	23

LAYANAN..... 25

Apa yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?	25
Apa saja Manfaat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?.....	26
Apa yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?.....	27
Apa Saja Manfaat Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?.....	27
Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama? ..	28
Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?.....	28
Bagaimana Penjaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir?.....	31
Bagaimana Jika Kelas Perawatan Sesuai Hak Penuh?	31
Bagaimana Jika Peserta Menginginkan Kenaikan Kelas Perawatan di Rumah Sakit?	32
Apa saja syarat penjaminan Kecelakaan Lalu Lintas yang dapat Ditanggung BPJS Kesehatan?.....	32
Bagaimana Cara Berobat Dengan BPJS Kesehatan Bagi Korban Kecelakaan Lalu Lintas?	33
Apa Saja Jenis Kecelakaan yang Tidak Ditanggung BPJS Kesehatan?	33
Bagaimana ketentuan Penjaminan Kacamata?.....	33
Bagaimana pelayanan ambulan yang masuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin JKN?	34
Apakah semua pelayanan ambulan dijamin oleh BPJS Kesehatan?	34

Bolehkah peserta tetap mendapatkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, namun tidak membawa Kartu Indonesia Sehat?	34
Bagaimana cara saya mendapatkan pelayanan kesehatan?	35
Apa yang dimaksud kegawatdaruratan medis?	35
Bagaimana kriteria kegawatdaruratan itu?.....	35
Bagaimana prosedur pelayanan kegawatdaruratan di Fasilitas Kesehatan?	35
Apakah sistem rujukan itu?.....	36
Apakah surat rujukan FKTP itu?.....	36
Berapa lama masa berlaku surat rujukan dari FKTP?.....	37
Apakah rujukan internal itu?.....	37
Apakah surat kontrol itu?	37
Apakah Program Rujuk Balik itu?	37
Apa saja penyakit/diagnosis yang termasuk dalam Program Rujuk Balik?	38
Bagaimana saya yang menderita penyakit kronis dapat menjadi peserta Program Rujuk Balik?	38
Saya sebagai Peserta Program Rujuk Balik, bagaimana pelayanan obat untuk saya?	38
Apa sajakah manfaat yang tidak dijamin dalam Program JKN?....	38
Bagaimana Ketentuan Penjaminan Alat Bantu Dengar?	40
Bagaimana Ketentuan Penjaminan Protesa alat gerak?	40
Bagaimana Ketentuan Penjaminan Protesa Gigi?	41
Bagaimana Ketentuan Penjaminan Korset Tulang Belakang?	41
Bagaimana Ketentuan Penjaminan Penyangga Leher (<i>Collar Neck/Cervical Collar/Neck Brace</i>)?	42
Apakah pelayanan darah dijamin di Rumah Sakit untuk peserta BPJS Kesehatan?	42
Bagaimana perlakuan bila peserta mengeluhkan terdapat riwayat pelayanan yang tidak pernah diterima peserta?	42
Bagaimana jika terjadi kekosongan obat dan/atau jumlah obat yang diberikan tidak sesuai resep?	43
Apa saja pemeriksaan Penunjang di FKTP	43
Bagaimana cara penjaminan manfaat untuk peserta di PHK? ...	43
Apa yang Dimaksud Denda Pelayanan?	44

PENDAHULUAN

Sebagai Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan memahami bahwa kepuasan peserta adalah hal yang penting. Kepuasan peserta sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan yang diukur dan dibandingkan antara pelayanan diharapkan dengan pelayanan yang dirasakan peserta.

Kualitas pelayanan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan dalam memenuhi harapan peserta secara konsisten dan berkelanjutan. Tuntutan peserta terhadap mutu pelayanan tidak hanya terkait kesembuhan penyakit secara fisik tetapi juga menyangkut kepuasan pelanggan terhadap sikap, pemahaman, keterampilan petugas memberikan pelayanan, komunikasi, ketersediaan informasi, sarana prasarana yang memadai.

Perbaikan pada area pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta di Fasilitas Kesehatan dilakukan melalui penyediaan tempat/loket/ruangan Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan sebagai upaya untuk menjawab kebutuhan Peserta dalam mendapatkan kemudahan akses atas informasi serta kecepatan dan kepastian dalam memperoleh tindak lanjut atas penyampaian pengaduan terkait pelayanan dalam Program JKN.

Oleh karena itu dibutuhkan Petugas Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) yang memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik perihal Jaminan Kesehatan Nasional.

Panduan layanan ini berisi ringkasan dari pertanyaan dan jawaban seputar JKN, mulai dari pengetahuan JKN secara umum, Kepesertaan, iuran dan Pelayanan Kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar semua Petugas PIPP di Fasilitas Kesehatan dapat memiliki pemahaman yang sama yang pada akhirnya dapat memberikan informasi yang berkualitas dan tepat kepada peserta JKN.

Pemahaman yang baik yang dimiliki oleh Petugas PIPP juga dapat mengurangi keluhan di Fasilitas Kesehatan karena peserta dapat didedukasi dengan tepat oleh Petugas PIPP. Selain itu pemahaman dan pengetahuan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sehingga diperoleh pandangan dan pemahaman yang sama mengenai Program JKN adalah sebuah komitmen Kepatuhan Fasilitas Kesehatan terhadap kontrak.



Apa yang dimaksud dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional?

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 luran Jaminan Kesehatan atau luran Jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 82 Tahun 2018

Apa alasan utama harus menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional?

Protection (Perlindungan), *Sharing* (Gotong Royong) dan *Compliance* (Kepatuhan).

1. PROTECTION (Perlindungan)

Program JKN bertujuan memberikan perlindungan kepada setiap peserta JKN untuk mendapatkan kepastian manfaat penjaminan pelayanan kesehatan sehingga diharapkan

masyarakat bisa meningkatkan produktivitasnya untuk meningkatkan kesejahteraan. *Protection* merupakan perlindungan baik untuk diri sendiri, keluarga maupun orang lain.

2. **SHARING (Gotong royong)**

Sharing mempunyai makna gotong royong yang merupakan budaya bangsa Indonesia. Dengan menjadi peserta Program JKN, maka setiap peserta yang sehat akan bergotong royong membantu peserta yang sakit. Apabila taat membayar iuran tepat waktu dan menjaga kesehatan, maka dalam diri tiap-tiap orang tertanam rasa kepedulian terhadap sesama terutama yang mendapat musibah berupa sakit.

3. **COMPLIANCE (Patuh)**

Compliance adalah adanya kepatuhan dari setiap warga negara Indonesia terhadap perundang-undangan untuk mendaftarkan dirinya dan anggota keluarga menjadi peserta JKN serta mengikuti prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku.

Acuan Regulasi: Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004



Siapakah yang dimaksud dengan Peserta?

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan.

Siapa saja yang menjadi Peserta JKN?

1. Penerima Bantuan iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan.
2. Bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah yang selanjutnya disebut PPU adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Selain Penyelenggara Negara dan anggota keluarganya. PPU Penyelenggara Negara terdiri dari PNS Pusat, PNS Daerah, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang selanjutnya disebut PPPK baik PPPK Pusat/PPPK Daerah, Prajurit, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pimpinan dan Anggota DPRD, Kepala Desa dan Perangkat Desa, dan PPNPN.

PPU Selain Penyelenggara Negara terdiri dari pekerja dan anggota keluarga dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Badan Usaha Swasta.

- b. Pekerja Bukan Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
 - c. PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.
 - d. Bukan Pekerja yang selanjutnya disingkat BP adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.
- 1) BP Penyelenggara Negara terdiri dari Veteran, Perintis Kemerdekaan, Penerima Pensiun, dan Janda, duda, anak yatim dari BP Penyelenggara Negara. Penerima pensiun diantaranya adalah Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun, PNS yang berhenti dengan hak pensiun, PNS yang berhenti dengan hak pensiun, Prajurit dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun.
 - 2) BP Selain penyelenggara negara terdiri dari Investor, Pemberi Kerja, Penerima Pensiun Selain Penyelenggara Negara dan BP lain yang didaftarkan kolektif yang dilakukan oleh badan hukum.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 82 Tahun 2018

Bagaimana mekanisme pendaftaran anggota keluarga sebagai Peserta JKN mengacu pada ketentuan jenis kepesertaannya?

1. Pendaftaran Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Sosial RI.
2. PBPU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah

disingkat PBPU dan BP PEMDA maka pendaftaran pesertanya dilakukan oleh Pemerintah Daerah sesuai yang tercantum pada Perjanjian Kerja Sama.

3. Anggota keluarga dari Peserta PPU meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, paling banyak 4 (empat) orang, sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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 bagi yang masih menempuh pendidikan formal.
4. Setiap peserta PBPU dan BP wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdaftar pada Kartu Keluarga (KK).

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 82 Tahun 2018

Bagaimana cara mendapatkan Kartu Peserta?

Peserta dapat menunjukkan Nomor Induk Kependudukan sebagai identitas Peserta yang tercantum pada pada Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Akta Lahir/KIA/Kartu Keluarga atau dapat mengakses Kartu Indonesia Sehat dalam bentuk digital melalui aplikasi Mobile JKN secara mandiri.

Apa saja Hak Peserta?

1. Menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan pada saat mendaftar;
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Mendapatkan identitas sebagai peserta JKN untuk memperoleh pelayanan Kesehatan;
4. Mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;

5. Mendapatkan perlindungan data pribadi yang diserahkan kepada BPJS Kesehatan dalam rangka pendaftaran peserta;
6. Menyampaikan pengaduan, saran, dan aspirasi baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Apa saja Kewajiban Peserta?

1. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN kepada BPJS Kesehatan;
2. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh);
3. Memberikan data diri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar;
4. Melaporkan kepada BPJS Kesehatan apabila ditemukan ketidakpatuhan Pemberi Kerja dalam pendaftaran peserta atau pemberian data yang tidak lengkap dan tidak benar;
5. Melaporkan perubahan data diri dan anggota keluarganya, antara lain susunan anggota keluarga, perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/ domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat email dan nomor handphone;
6. Menjaga identitas peserta JKN agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
7. Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

Apa saja kanal yang dapat digunakan oleh peserta dalam melakukan proses administrasi kepesertaan, pemberian informasi, penanganan pengaduan, saran dan aspirasi?

1. Aplikasi Mobile JKN;
2. BPJS Kesehatan Care Center 165;
4. PANDAWA (Pelayanan Administrasi melalui Whatsapp); 08118165165
5. BPJS Keliling;
6. Website BPJS Kesehatan;
7. Mal Pelayanan Publik;
8. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota;
10. AMAN JKN

11. BPJS Kesehatan Online
12. Laporan
13. QR Code
14. PIPP FKTP
15. PIPP FKRTL

Bagaimana mendaftarkan Bayi Baru Lahir?

1. Bayi baru lahir dari Peserta JKN wajib didaftarkan kepada BPJS Kesehatan dan membayar iuran paling lambat 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan;
2. Status bayi baru lahir akan aktif setelah dilakukan pembayaran iuran;
3. Bayi baru lahir yang sudah terdaftar sebagai peserta JKN wajib melakukan pemutakhiran data NIK Padan Dukcapil paling lambat 3 (tiga) bulan sejak dilahirkan;
4. Pendaftaran bayi yang berusia lebih dari 3 bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil;
5. Peserta yang tidak mendaftar dan membayar iuran bayi baru lahir paling lama 28 hari sejak dilahirkan dikenakan kewajiban membayar iuran sejak bayi dilahirkan dan dikenakan sanksi sebagaimana sanksi atas keterlambatan pembayaran iuran.

Bagaimana mendaftarkan Bayi Baru Lahir sesuai dengan jenis kepesertaannya?

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Bayi yang dilahirkan oleh Ibu Kandung yang terdaftar sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kepesertaan bayi yang dilahirkan oleh Ibu Kandung yang terdaftar sebagai peserta PBPU dan BP PEMDA, mengacu kepada Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Daerah dan dilakukan melalui Dinas Kesehatan/ Dinas Sosial Kabupaten/ Kota.

Syarat dan Cara Pendaftaran Bayi Baru Lahir:

- a. Menunjukkan nomor JKN dan data kependudukan ibu; dan

- b. Surat keterangan kelahiran dari Bidan/RS/Fasilitas Kesehatan atau tenaga penolong persalinan.

2. Peserta PPU

Bayi baru lahir anak pertama sampai dengan ketiga dapat didaftarkan setelah bayi dilahirkan dan kepesertaannya langsung aktif mengacu pada status keaktifan orang tua PPU. Pendaftaran bisa dilakukan secara kolektif melalui Instansi/Badan Usaha.

Syarat dan Cara Pendaftaran Bayi Baru Lahir anak pertama sampai dengan ketiga:

- a. Menunjukkan nomor JKN dan data kependudukan ibu; dan
- b. Surat keterangan kelahiran dari Bidan/RS/Fasilitas Kesehatan atau tenaga penolong persalinan;
- c. Bayi baru lahir yang berusia lebih dari 3 bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil.

3. Peserta PBPU & BP

Bayi baru lahir peserta PBPU dan BP dapat didaftarkan dengan syarat:

- a. Menunjukkan nomor JKN dan data kependudukan ibu;
- b. Surat keterangan kelahiran dari Bidan/RS/Fasilitas Kesehatan atau tenaga penolong persalinan;
- c. Jika peserta belum melakukan autodebit tabungan dilengkapi dengan Buku rekening tabungan BNI, BRI, BTN, Mandiri dan BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/Anggota Keluarga dalam Kartu Keluarga/Penanggung);
- d. Melakukan perubahan data bayi selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan setelah kelahiran yang meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, dan NIK.

Apa saja jenis perubahan kepesertaan JKN?

Perubahan jenis kepesertaan, Tambah/Kurang Anggota Keluarga, Perubahan Data Kependudukan, Perubahan alamat, Domisili, Nomor Handphone, Alamat Email, domisili, kelas rawat dan Perubahan FKTP.

Bagaimana melakukan perubahan kelas rawat?

1. Peserta PPU

Hak kelas rawat Peserta Pekerja Penerima Upah dapat berubah disesuaikan dengan besaran gaji peserta.

- a. Syarat perubahan kelas rawat
 - 1) KTP atau Kartu Keluarga;
 - 2) Daftar gaji/upah dan tunjangan dari pemberi kerja;
 - 3) Penyesuaian hak kelas rawat bagi PPU Selain Penyelenggara Negara perubahan gaji/upah yang dilakukan pada bulan berjalan, maka kelas perawatan baru akan berlaku pada bulan selanjutnya; peserta dapat menghubungi bagian Kepegawaian/PIC Badan Usaha;
 - 4) Penyesuaian hak kelas rawat bagi PPU Penyelenggara Negara berlaku sejak perubahan data golongan/pangkat pada data Masterfile BPJS Kesehatan; peserta dapat melakukan perubahan hak kelas rawat melalui PANDAWA.

2. Peserta PBPU/BP

- a. Perubahan kelas rawat dapat dilakukan setelah 1 (satu) tahun dan harus diikuti perubahan kelas rawat seluruh anggota keluarga;
- b. Peserta yang melakukan perubahan kelas perawatan pada bulan berjalan, maka kelas perawatan barunya berlaku pada bulan selanjutnya;
- c. Adapun persyaratan perubahan kelas rawat yaitu
 - Bagi peserta yang sudah mengikuti program pembayaran secara autodebet memastikan kecukupan saldo untuk autodebet pembayaran pertama setelah kenaikan kelas
 - Bagi peserta yang belum mengikuti program pembayaran secara autodebet menyampaikan lembar identitas rekening tabungan BNI/BRI/BTN/Mandiri/BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung).

- d. Peserta dapat melakukan perubahan kelas rawat melalui kanal: Aplikasi Mobile JKN, Pandawa, BPJS Kesehatan Care Center 165, BPJS Keliling, BPJS Kesehatan Online, AMAN JKN, Mal Pelayanan Publik, KC/KKAB.

Apa yang harus dilakukan jika ada data kepesertaan yang tidak sesuai?

1. Jika tidak sesuai antara data pada sistem BPJS Kesehatan dengan NIK dilakukan pemutakhiran data dengan merujuk pada data Dukcapil.
2. Untuk proses perbaikan selanjutnya dapat dilakukan melalui PANDAWA di nomor 08118165165, BPJS Kesehatan Online, BPJS Keliling, Mal Pelayanan Publik dan KC/KKAB dengan melampirkan dan/atau menunjukkan identitas kependudukan (Akta Lahir/KIA/KTP/KK).

Contoh:

- a. NIK tidak sesuai dengan data pada sistem BPJS (selain PBI dan APBN)
- b. NIK sudah terdaftar dengan jenis kepesertaan yang berbeda
- c. NIK digunakan orang lain
- d. Nama, Jenis Kelamin, Tanggal Lahir tidak sesuai

Apa saja yang menyebabkan kartu Peserta menjadi Non Aktif dan bagaimana cara mereaktivasinya?

1. Non aktif karena menunggak iuran. Untuk reaktivasi maka peserta dikenakan kewajiban membayar iuran sejak terjadi penonaktifan.
2. Dinonaktifkan karena data ganda (status kartu tidak aktif karena ganda dengan segmen lain). Apabila kedua kartu non aktif maka pengaktifan kembali status kepesertaan oleh Kantor Cabang.
3. Non aktif karena meninggal dunia.
4. Non aktif karena tidak memenuhi kriteria sebagai peserta PBI JK sesuai SK Kemensos atau PBPU BP PEMDA sesuai PKS dengan PEMDA.

5. Non aktif karena merupakan anak PPU Usia >21 tahun
Untuk mereaktivasi anak PPU usia >21-25 tahun yang masih melanjutkan Pendidikan formal, dibuktikan dengan surat keterangan sekolah/kuliah berupa:
 - a. keterangan resmi yang dikeluarkan oleh Sekolah/ Perguruan Tinggi/Lembaga Pendidikan Formal yang masa pendidikannya minimal 1 (satu) tahun; atau
 - b. bukti pembayaran uang pendidikan yang masih berlaku sampai dengan bulan pengaktifan.
6. Non aktif karena usia Peserta >90 tahun untuk peserta veteran melampirkan SK terakhir dan slip gaji.
7. Non aktif karena penangguhan status sebagai peserta status kepesertaan non aktif karena penangguhan disebabkan yang bersangkutan sudah didaftarkan sebagai peserta namun belum membayarkan iuran. Untuk reaktivasi maka peserta dikenakan kewajiban membayar iuran sejak terjadi penonaktifan.

Apa saja yang menyebabkan kartu Peserta menjadi Non Aktif dan bagaimana cara mereaktivasinya?

Peserta dapat melakukan reaktivasi melalui:

1. Peserta yang non aktif karena menunggak iuran dapat mengaktifkan status kepesertaan dengan membayar tunggakan beserta iuran bulan berjalan
2. Peserta yang non aktif pada poin 3 sampai 7 diatas dapat melaporkan ke kanal layanan BPJS Kesehatan

Apa yang menyebabkan hak kelas rawat Peserta tidak sesuai?

- a. Pada PPU PN hak kelas rawat peserta pada sistem BPJS tidak sesuai dengan golongan aktual disebabkan oleh peserta tidak melaporkan update data kepegawaian.
- b. Pada PBPU hak kelas rawat peserta pada sistem BPJS tidak sesuai dengan hak kelas rawat pada saat peserta mendaftar dapat disebabkan oleh peserta beralih segmen sebagai berikut:

1) Menjadi PBPU PEMDA

Dalam hal PEMDA menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk bersedia menanggung iuran jaminan kesehatan peserta yang menunggak iuran sebagai PBPU lebih dari waktu yang ditentukan, maka peserta yang mendaftar dengan hak kelas rawat I dan II akan dialihkan menjadi kelas III

2) Menjadi PPU

Dalam hal peserta beralih menjadi PPU maka hak kelas rawat peserta mengikuti hak kelas rawat sesuai ketentuan untuk peserta PPU

Apa yang menyebabkan jumlah denda pelayanan Peserta tidak sesuai?

a. Tidak merasa ada rawat inap tapi ada info denda

- 1) Kondisi ini terjadi karena ada penggunaan manfaat oleh orang lain pada masa kurang dari 45 hari sejak peserta melunasi tunggakan iuran (penyalahgunaan identitas peserta)
- 2) Kondisi ini terjadi karena peserta telah memanfaatkan jaminan kesehatan pada masa sebelum terbitnya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 namun belum menyelesaikan perhitungan denda akhir sehingga tercatat adanya sejumlah denda yang belum dibayarkan

b. Peserta PBI dikenakan denda pelayanan saat mengakses manfaat rawat inap di FKRTL

Kondisi ini terjadi karena peserta PBI tersebut merupakan sebelumnya merupakan peserta PBPU menunggak iuran yang mengakses manfaat jaminan kesehatan rawat inap di FKRTL dalam kurun waktu 45 hari sejak melunasi tunggakan iuran.

Atas kondisi tersebut keluarga atau pendamping peserta dapat melapor kepada PIPP RS. Untuk penghapusan denda pelayanan, PIPP RS melakukan koordinasi dengan Petugas BPJS Satu.

Apa saja fitur yang terdapat dalam aplikasi Mobile JKN?

1. **Fitur Pendaftaran Penambahan Peserta:** Calon peserta dapat melakukan pendaftaran peserta PBPU/BP dengan memasukkan nomor KTP sekaligus melakukan pendaftaran autodebit selanjutnya peserta akan mendapatkan email sesuai yang terdaftar pada Aplikasi Mobile JKN;
2. **Fitur Info Peserta:** menampilkan informasi kepesertaan peserta dan anggota keluarga;
3. **Fitur Perubahan Data Peserta:** menampilkan menu ubah data peserta, meliputi perubahan nomor handphone, alamat email, alamat surat, pindah FKTP dan pindah kelas;
4. **Fitur Ketersediaan Tempat Tidur:** menampilkan ketersediaan tempat tidur Rumah Sakit sesuai kelas, yang informasi ketersediaannya di-update oleh Rumah Sakit;
5. **Fitur Obat Ditanggung:** menampilkan informasi jenis obat yang ditanggung untuk peserta JKN, meliputi nama, kandungan dan restriksi obat;
6. **Fitur Lokasi:** menampilkan informasi alamat kantor BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
7. **Fitur Iuran:** menampilkan informasi tagihan iuran peserta PBPU dan anggota keluarganya;
8. **Fitur Jadwal Tindakan Operasi:** menampilkan jadwal operasi peserta dan anggota keluarga terdaftar serta dapat mengetahui jadwal operasi di Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, informasi jadwal operasi tersebut di-update oleh Rumah Sakit;
9. **Fitur Pendaftaran Pelayanan (Antrean):** menampilkan pendaftaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang telah memiliki sistem antrean;
10. **Fitur Skrining Mandiri COVID-19:** peserta dapat melakukan skrining mandiri sebagai bentuk upaya menekan perkembangan COVID-19;
11. **Fitur Pendaftaran Autodebit:** menampilkan panduan pendaftaran melalui autodebit sesuai channel auto debit yang dipilih peserta;

12. **Fitur Info Riwayat Pembayaran:** menampilkan panduan pembayaran sesuai *channel* pembayaran yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan pembayaran melalui mobile melalui autodebit Bank dan kartu kredit; yang berisi informasi pembayaran premi dan pembayaran denda;
13. **Fitur Catatan Pembayaran:** menampilkan informasi riwayat pembayaran iuran dan pembayaran denda pelayanan;
14. **Fitur FAQ:** berisi pertanyaan dan jawaban terkait program JKN;
15. **Fitur Riwayat Pelayanan:** menampilkan histori/riwayat pelayanan yang meliputi diagnosa, keluhan dan terapi yang diberikan oleh fasilitas kesehatan dan dapat memberikan penilaian terhadap hasil pelayanan yang diberikan;
16. **Fitur Konsultasi Dokter:** peserta dapat melakukan konsultasi Kesehatan dengan dokter di FKTP terdaftar;
17. **Fitur Skrining Riwayat Kesehatan:** berisi pertanyaan dan pernyataan terkait riwayat kesehatan yang dapat digunakan oleh peserta dan anggota keluarga terdaftar. Hasil skrining riwayat kesehatan adalah risiko rendah/sedang/tinggi untuk penyakit DM Tipe 2, Hipertensi, Ginjal Kronik dan Jantung Koroner, serta rekomendasi yang harus dilakukan peserta berdasarkan hasil skrining yang telah dilakukan. Skrining hanya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali;
18. **Fitur Cek VA:** menampilkan nomor *Virtual Account* peserta beserta iuran yang harus dibayarkan tiap bulannya;
19. **Fitur Info JKN:** menampilkan informasi update seputar program JKN dan BPJS Kesehatan;
20. **Fitur Informasi dan Pengaduan Layanan JKN:** peserta dapat melakukan pengaduan secara tertulis atau informasi bahwa pengaduan bisa menghubungi BPJS Kesehatan *Care Center* 165;
21. **Fitur Rencana Pembayaran Bertahap (REHAB):** peserta PBU/ BP dapat melakukan pendaftaran program REHAB sehingga dapat membayarkan tunggakan iurannya secara bertahap;
22. **Fitur Buger:** mendorong peserta JKN untuk dapat memonitor kebugaran melalui sejumlah indikator seperti pemantauan data vital kesehatan peserta JKN, pengukuran tubuh dan kualitas tidur.



Berapa Besaran iuran dan Siapa yang Membayar?

1. Besaran iuran PBI JK adalah Rp42.000,00/orang/bulan yang dibayarkan oleh Pemerintah Pusat;
2. Besaran iuran untuk PBU/BP yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah adalah Rp42.000,00/orang/bulan dengan rincian: sebesar Rp35.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Daerah, dan sebesar Rp7.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai bantuan iuran kepada Peserta PBU dan Peserta BP;
3. Besaran iuran Peserta BP Penyelenggara Negara adalah 5% dari upah dengan rincian:
 - a. Penerima Pensiun
 - 1) 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemerintah Pusat;
 - 2) 2% (dua persen) dibayar oleh penerima pensiun.
 - b. Veteran, Perintis Kemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) Gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah Pusat.

4. Besaran iuran Peserta Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara adalah 5% dari upah dengan rincian:
 - a. Penerima Pensiun
 - 1) 3% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja;
 - 2) 2% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
 - b. Veteran, Perintis Kemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan iuran bagi peserta segmen ini yaitu sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) Gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan.
5. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Penyelenggara Negara dan selain Penyelenggara Negara, iurannya sebesar 5% dari upah dengan rincian:
 - a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja;
 - b. 1% (satu persen) dibayar oleh Pekerja.

Bagi PPU Penyelenggara Negara yaitu Pejabat Negara, Pimpinan dan anggota DPRD, PNS, Prajurit TNI atau Anggota POLRI, Upah adalah gaji pokok ditambah tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah.

Sedangkan bagi PPU selain Penyelenggara Negara (Swasta) upah adalah gaji pokok ditambah tunjangan, dengan batas paling rendah sebesar upah minimum kabupaten/kota/provinsi dan batas paling tinggi gaji/ upah per bulan yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (Dua Belas Juta) Rupiah.

6. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara. Iuran dibayarkan oleh peserta yang bersangkutan atau pihak lain atas nama peserta, dengan besaran iuran sebagai berikut:
 - a. Kelas I: Rp150.000,00/orang/bulan;
 - b. Kelas II: Rp100.000,00/orang/bulan;
 - c. Kelas III: Rp42.000,00/orang/bulan (Rp35.000,00/orang/bulan dibayarkan oleh peserta atau pihak lain atas nama peserta, dan mendapatkan bantuan iuran dari Pemerintah

Pusat dan Daerah sebesar Rp7.000,00 /orang/bulan) dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai bantuan iuran kepada Peserta BPBU dan Peserta BP.

Ketentuan batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi Peserta PPU dikecualikan bagi Peserta PPU pada usaha mikro dan kecil. Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi Peserta PPU pada usaha mikro dan kecil ditetapkan setelah dilakukan kajian aktuarial oleh Kementerian Keuangan, Kementerian Ketenagakerjaan, Kementerian Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan BPJS Kesehatan.

Bagaimana Cara Membayar Iuran?

1. Pembayaran iuran bagi PBI
Iuran bagi Peserta PBI JK dibayarkan melalui mekanisme yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Keuangan.

Sedangkan iuran bagi Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah pada isi Perjanjian Kerjasama yang telah ditandatangani oleh BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota/Provinsi.
2. Pembayaran Iuran Bagi Peserta PPU dan BP Penyelenggara Negara
Iuran dibayarkan melalui mekanisme yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Keuangan.
3. Pembayaran Iuran Bagi Peserta PPU Selain Penyelenggara Negara
 - a. Iuran dibayarkan Badan Usaha untuk pekerja beserta anggota keluarganya melalui kanal mitra pembayaran yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan nomor VA Badan Usaha tersebut;
 - b. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Iuran dapat dibayarkan lebih dari 1 (satu) bulan yang dilakukan di awal dalam jumlah kelipatan.

4. Pembayaran Iuran Bagi Peserta PBPU dan BP Selain Penyelenggara Negara:

Pembayaran iuran dilakukan paling lambat tanggal 10 bulan berjalan melalui *virtual account* pada kanal pembayaran. Kemudahan pembayaran dapat melalui mekanisme Auto debit.

Calon Peserta atau peserta dapat memilih Auto debit melalui Bank yang bekerja sama (bagi yang telah memiliki rekening Bank) maupun Non-Bank berupa uang elektronik yang telah (bagi yang tidak memiliki rekening Bank) sebagai alternatif pembayaran iuran.

- a. Pendaftaran dan pembayaran iuran melalui auto debit pada Bank yang dengan BPJS Kesehatan.
 - 1) Syarat dan tata cara pendaftaran auto debit melalui kanal bank/mitra mengacu pada ketentuan yang diatur oleh kanal bank/mitra auto debit;
 - 2) Pendaftaran auto debit dapat dilakukan oleh Peserta atau pihak lain yang bersedia memberikan kuasa pendebitan rekening untuk pembayaran Iuran JKN atas nama Peserta.
- b. Pendaftaran dan pembayaran iuran melalui auto debit pada Aplikasi Mobile JKN
 - 1) Peserta memilih menu pendaftaran auto debit;
 - 2) Peserta memilih sumber rekening yang akan didebit yaitu Bank atau Non Bank. Peserta yang tidak memiliki nomor rekening bank dapat melakukan pembukaan rekening pada salah satu penyedia jasa uang elektronik yang terdapat pada pilihan auto debit Non Bank;
 - 3) Peserta memastikan bahwa nomor telepon yang dimasukkan pada pendaftaran auto debit sesuai dengan nomor telepon yang terdaftar pada e-banking (sms banking atau mobile banking);
 - 4) Peserta mendapatkan permintaan otorisasi baik berupa PIN (*Personal Identification Number*) maupun OTP (*One Time Password*);
 - 5) Peserta mendapatkan e-mail status sukses pendaftaran auto debit.

5. Pembayaran iuran bagi Bayi Baru Lahir
 - a. Iuran bagi bayi baru lahir dibayarkan pada saat mendaftar paling lama 28 hari sejak dilahirkan;
 - b. Apabila peserta tidak mendaftarkan bayi paling lama 28 hari sejak dilahirkan maka pada saat bayi didaftarkan pembayaran dihitung sejak bayi dilahirkan.

Mengapa Iuran Harus Dibayar Secara Rutin?

1. Untuk menjaga agar status kepesertaan tetap aktif;
2. Tidak terkendala saat membutuhkan pelayanan kesehatan;
3. Terhindar dari denda pelayanan.

Bagaimana Jika Terlambat Membayar Iuran JKN?

1. Penjaminan pelayanan kesehatan diberhentikan sementara sejak tanggal 1 (satu) bulan berikutnya sampai iuran Jaminan Kesehatan dibayarkan;
2. Kepesertaan menjadi aktif kembali dan penghentian sementara penjaminan pelayanan kesehatan berakhir apabila peserta membayar iuran bulan tertunggak paling banyak 24 (dua puluh empat) bulan serta membayar iuran bulan berjalan;
3. Apabila dalam kurun waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali, peserta membutuhkan pelayanan rawat inap, maka dikenakan denda pelayanan. Besaran denda pelayanan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Bagi Peserta PPU Selain Penyelenggara Negara (Swasta), dalam hal pemberi kerja belum melunasi tunggakan iuran kepada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan.

Apa saja kendala pindah segmen karena tunggakan iuran?

1. Kendala peralihan Peserta PPU non aktif karena premi (oleh BU) menjadi PBPU/PBI/PNS PIPP Faskes menginformasikan ke Peserta untuk dapat memastikan kembali tanggal pembayaran iuran (segmen PBPU).

- HRD menolak peralihan Peserta PBPU yang memiliki tunggakan PIPP Faskes menginformasikan ke Peserta untuk memastikan pemberi kerja telah melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran (segmen PPU BU).

Bagaimana apabila denda sudah dibayarkan, namun SEP belum dapat diterbitkan?

Kondisi ini terjadi pada saat denda sudah dibayarkan tapi sistem di v-claim/sep tidak bisa diakses dengan keterangan data tidak di temukan. Untuk mengatasi hal ini PIPP Faskes akan berkoordinasi dengan BPJS Satu untuk melakukan pelaporan kepada *helpdesk* melalui manajemen tiket.

Mengapa peserta tidak bisa membayar iuran melalui Virtual Account yang sudah didaftarkan?

Peserta tidak bisa membayar iuran melalui *Virtual Account* yang sudah didaftarkan karena:

- Kendala sistem (*time out* pada *channel* pembayaran)
- Calon peserta PBPU melakukan pembayaran iuran pertama sebelum 14 hari sejak didaftarkan
- Calon peserta PBPU melakukan pembayaran iuran pertama melebihi jangka waktu 30 hari sejak didaftarkan
- Peserta beralih jenis kepesertaan ke PBPU dan melakukan pembayaran iuran PBPU pertama kali melebihi jangka waktu 30 hari sejak beralih jenis kepesertaan
- Iuran peserta bulan berjalan sudah dibayar sebelumnya (terdapat iuran yang dibayar di muka)
- Kesalahan penulisan kode bank
- Peserta membayar iuran pada hari terakhir bulan berjalan dimana perhitungan tagihan untuk iuran bulan berikutnya sedang berlangsung. Untuk menghindari kegagalan pembayaran akibat perhitungan di akhir bulan diharapkan peserta membayarkan iuran sesuai dengan ketentuan paling lambat 10 setiap bulan
- Sistem bank sedang *offline*

Untuk menghindari kegagalan transaksi akibat dari hal-hal tersebut di atas peserta agar membayar iuran secara autodebet.

Mengapa tagihan iuran tidak sesuai?

- Kendala sistem.
- Peserta membayar iuran pada hari terakhir bulan berjalan dimana perhitungan tagihan untuk iuran bulan berikutnya sedang berlangsung sehingga tagihan iuran per akhir bulan tersebut sudah bertambah dengan tagihan iuran bulan berikutnya.
- Sebagai akibat dari pembayaran yang dilakukan pada hari terakhir bulan sebelumnya dan pengiriman data penerimaan iuran (berupa *File Transfer Protokol/FTP*) diterima terlambat dari bank sehingga belum diperhitungkan dalam tagihan awal bulan berikutnya.
- Kesalahan peserta dalam memilih jumlah bulan pembayaran.
- Tagihan iuran peserta tidak muncul iuran satu keluarga disebabkan karena terdapat anggota keluarga yang baru didaftarkan atau anggota keluarga yang beralih jenis kepesertaan.
- Adanya proses VA to VA atau *refund* yang mempengaruhi nilai tagihan peserta.

LAYANAN

Apa yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh:

1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdiri dari:
 - a. puskesmas atau yang setara;
 - b. praktik Dokter;
 - c. praktik Dokter Gigi;
 - d. klinik pratama atau yang setara; dan
 - e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
2. Jejaring FKTP seperti Bidan, apotek jejaring, dan laboratorium jejaring; dan/atau
3. Fasilitas kesehatan penunjang yang bekerja sama langsung dengan BPJS Kesehatan yang terdiri dari:
 - a. Apotek PRB;
 - b. Laboratorium.

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

Apa saja Manfaat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - 1). Pelayanan promotif preventif:
 - a) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
 - b) Pelayanan imunisasi rutin sesuai ketentuan. Adapun vaksin untuk imunisasi rutin disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah;
 - c) Keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi bekerja sama dengan Kemendukbangga/BKKBN. Adapun Alat dan obat kontrasepsi disediakan oleh Kemendukbangga/BKKBN;
 - d) Skrining riwayat kesehatan yang dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali melalui Aplikasi Mobile JKN atau Website BPJS Kesehatan;
 - e) Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu;
 - f) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis.
 - 2) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif mencakup:
 - a) Administrasi pelayanan;
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - c) Tindakan medis non spesialisik, baik bedah maupun nonbedah;
 - d) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
 - 3) Pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama;
 - 4) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.
2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - 1) Administrasi pelayanan;
 - 2) Akomodasi rawat inap;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik bedah maupun

- nonbedah;
- 5) Pelayanan persalinan dan neonatal;
- 6) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
- 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 59 Tahun 2024

Apa Yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh:

1. Klinik utama atau yang setara;
2. Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta;
3. Rumah Sakit Khusus;

Apotek dan Optik termasuk dalam fasilitas kesehatan penunjang pada Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

Apa Saja Manfaat Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

1. Administrasi pelayanan;
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis dasar; hanya untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis;
5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
7. Rehabilitasi medis;

8. Pelayanan darah;
9. Pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
10. Pelayanan keluarga berencana;
11. Perawatan inap nonintensif; dan
12. Perawatan inap di ruang intensif.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 59 Tahun 2024

Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?

- 1) Pelayanan Kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan, dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis;
- 2) Peserta datang ke FKTP tempat Peserta terdaftar dengan menunjukkan identitas peserta JKN atau cukup NIK (pastikan status kepesertaan aktif);
- 3) Peserta memperoleh pelayanan kesehatan dari FKTP;
- 4) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan;
- 5) Apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub spesialis sesuai indikasi medis, FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan sesuai ketentuan yang berlaku. Bagi peserta yang berada di luar wilayah FKTP terdaftar (di luar wilayah Kabupaten/Kota FKTP terdaftar), peserta dapat mengakses pelayanan rawat jalan tingkat pertama pada FKTP lain untuk paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan di FKTP yang sama.

Acuan Regulasi: Pemenkes Nomor 28 Tahun 2014

Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
 - a. Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan

menunjukkan:

- 1) Identitas Peserta JKN atau KTP atau Kartu Identitas Anak/Kartu Keluarga bagi Peserta dibawah usia 17 tahun; dan
 - 2) Surat rujukan (kecuali gawat darurat).
- b. Rumah Sakit menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk pemberian pelayanan kesehatan peserta;
 - c. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Poli Spesialis lain dengan surat rujukan internal atau fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan lain dengan surat rujukan-(antar RS);
 - d. Apabila atas indikasi medis peserta masih memerlukan perawatan lanjutan di Rumah Sakit, maka dokter FKRTL akan memberikan surat kontrol yang digunakan sebagai pengganti surat rujukan pada kunjungan berikutnya;
 - e. Apabila perawatan selanjutnya dapat ditangani di FKTP, maka dokter di FKRTL akan memberikan surat rujuk balik (SRB) yang ditujukan ke dokter FKTP tempat peserta terdaftar;
 - f. Setelah mendapatkan pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, peserta menandatangani bukti pelayanan kesehatan;
 - g. Apabila peserta menghendaki pelayanan rawat jalan eksekutif berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Peserta Bukan Pekerja Kelas III, Peserta Bukan Penerima Upah Kelas III, Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah atau Peserta Pekerja Penerima Upah yang mengalami PHK dan anggota keluarganya tidak diperkenankan memilih pelayanan rawat jalan Eksekutif;
 - 2) Peserta mengikuti prosedur sistem rujukan untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan eksekutif;
 - 3) Pembayaran Selisih Biaya pelayanan rawat jalan eksekutif dilakukan dengan ketentuan membayar selisih biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak sebesar Rp400.000,00 (Empat Ratus Ribu Rupiah) untuk setiap episode rawat jalan eksekutif;
 - 4) Pelayanan rawat jalan eksekutif hanya dijamin di RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk

- pelayanan poli eksekutif.
- 5) FKRTL wajib menginformasikan ketentuan selisih biaya kepada peserta atau anggota keluarga sebelum peserta menerima pelayanan kesehatan. Informasi yang diberikan paling sedikit berisi:
 - a. Sistem Pembayaran Jaminan Kesehatan sebagai satu paket yang ditagihkan;
 - b. Perkiraan biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan; dan
 - c. Perkiraan besaran selisih biaya yang harus ditanggung oleh peserta, pemberi kerja, atau asuransi kesehatan tambahan
 - 6) Pembayaran selisih biaya dapat dilakukan oleh:
 - a. Peserta;
 - b. Pemberi Kerja; dan/atau
 - c. asuransi kesehatan tambahan
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
- a. Merupakan tindak lanjut dari pelayanan; instalasi gawat darurat FKRTL; atau Poli Rawat Jalan FKRTL;
 - b. Peserta mendapatkan surat perintah rawat inap dari Dokter di FKRTL tersebut;
 - c. Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan menunjukkan Identitas Peserta JKN atau KTP atau Kartu Identitas Anak/Kartu Keluarga bagi Peserta dibawah usia 17 tahun;
 - d. Peserta melengkapi persyaratan administrasi untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), maksimal 3x24 jam hari kerja sejak masuk rumah sakit atau sebelum pulang jika waktu rawat inap nya kurang dari 3x24 jam;
 - e. Peserta menandatangani bukti pelayanan setelah mendapatkan pelayanan kesehatan;
 - f. Peserta mendapatkan perawatan pada kelas rawat sesuai haknya.
 - g. Apabila peserta menghendaki pelayanan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan kelas perawatan dengan membayar selisih biaya sesuai ketentuan perundangan yang berlaku
 - h. FKRTL wajib menginformasikan ketentuan selisih biaya kepada peserta atau anggota keluarga sebelum peserta

- menerima pelayanan kesehatan. Informasi yang diberikan paling sedikit berisi:
- 1) Sistem Pembayaran Jaminan Kesehatan sebagai satu paket yang ditagihkan
 - 2) Perkiraan biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan;
 - 3) Perkiraan selisih biaya yang harus ditanggung oleh peserta, pemberi kerja, atau asuransi kesehatan tambahan
- i. Pembayaran selisih biaya dapat dilakukan oleh:
- 1) Peserta;
 - 2) Pemberi Kerja; dan/atau
 - 3) Asuransi kesehatan tambahan

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Bagaimana Penjaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir?

1. Apabila bayi baru lahir dinilai oleh dokter sakit dan memerlukan perawatan lebih lanjut, maka dibuatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) tersendiri dengan biaya perawatan terpisah dari paket Ibu;
2. Batas akhir manfaat jaminan kesehatan berakhir paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan;
3. Jika paling lama 28 (dua puluh delapan) hari iuran belum dibayarkan maka jaminan pelayanan kesehatan dibatalkan sejak bayi baru lahir.

Acuan Regulasi: Pemenkes Nomor 28 Tahun 2014

Bagaimana Jika Kelas Perawatan Sesuai Hak Penuh?

Dalam hal kelas perawatan penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan 1 (satu) tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari sampai ruang sesuai hak kelasnya tersedia. Namun, jika kelas rawat yang sesuai hak serta kelas rawat 1 tingkat lebih tinggi juga penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan 1 (satu) tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari sampai ruang sesuai hak kelasnya tersedia.

Jika kenaikan kelas perawatan lebih dari 3 (tiga) hari dan masih tetap penuh, maka selisih biaya atas kenaikan kelas menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan atau peserta ditawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara.

Bagaimana Jika Peserta Menginginkan Kenaikan Kelas Perawatan di Rumah Sakit?

Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Peserta Bukan Pekerja Kelas III, Peserta Bukan Penerima Upah Kelas III, Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah atau Peserta Pekerja Penerima Upah yang mengalami PHK dan anggota keluarganya gugur haknya apabila memilih kelas yang lebih tinggi dari haknya;
2. Selain Peserta sebagaimana angka 1, dapat meningkatkan kelas perawatannya dengan membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, dengan ketentuan sebagai berikut:

Jenis Perawatan	Ketentuan Selisih Biaya
Hak rawat kelas 2 naik ke kelas 1	Selisih tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas 1 dengan tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas 2
Hak rawat kelas 1 naik ke kelas di atas kelas 1	Selisih tarif INA-CB kelas 1 dengan tarif kelas di atas kelas 1 paling banyak sebesar 75% dari tarif INA-CBG kelas 1
Hak rawat kelas 2 naik ke kelas di atas kelas 1	Selisih tarif INA-CB antara kelas 2 dengan kelas 1 ditambah paling banyak sebesar 75% dari tarif INA-CBG kelas 1

Apa saja syarat penjaminan Kecelakaan Lalu Lintas yang dapat Ditanggung BPJS Kesehatan?

1. Peserta aktif BPJS Kesehatan;
2. Kondisi kecelakaan lalu lintas yang terjadi tanpa melibatkan kendaraan lain;
3. Kondisi kecelakaan lalu lintas melibatkan kendaraan lain

4. Kondisi kecelakaan lalu lintas yang terjadi bukan merupakan lingkup kecelakaan kerja;
5. Peserta telah melaporkan kasus kecelakaan lalu lintas kepada pihak yang berwajib untuk membuat Laporan Kepolisian.

Bagaimana Cara Berobat Dengan BPJS Kesehatan Bagi Korban Kecelakaan Lalu Lintas?

Korban dibawa ke fasilitas kesehatan kemudian keluarga atau wali wajib melapor ke kepolisian terdekat untuk mengurus Laporan Polisi.

Apa Saja Jenis Kecelakaan Yang Tidak Ditanggung BPJS Kesehatan?

1. Kecelakaan Kerja;
2. Kecelakaan lalu lintas tanpa melibatkan kendaraan lain yang bersifat kelalaian pengemudi (balap liar, tindakan membahayakan diri, dst);
3. Kecelakaan lalu lintas melibatkan kendaraan lain yang masuk dalam lingkup penjaminan badan penyelenggara kecelakaan lalu lintas (sesuai batasan plafon).

Bagaimana ketentuan Penjaminan Kacamata?

Ketentuan penjaminan kacamata, sebagai berikut:

1. Berdasarkan resep dari dokter spesialis mata sesuai indikasi medis serta merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Paling cepat 2 tahun sekali, dengan ukuran:
 - a. Untuk lensa spheris, minimal 0.5 Dioptri; dan/atau
 - b. Untuk lensa silindris minimal 0.25 Dioptri.
3. Tarif alat bantu kesehatan kacamata, yakni:
 - a. PBI/Hak rawat kelas 3: Rp165.000,00
 - b. Hak rawat kelas 2: Rp220.000,00
 - c. Hak rawat kelas 1: Rp330.000,00

Bagaimana pelayanan ambulan yang masuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin JKN?

Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan untuk penyelamatan nyawa pasien yang meliputi pelayanan ambulans darat atau ambulans air untuk rujukan antar fasilitas kesehatan:

1. dari FKTP ke FKTP;
2. dari FKTP ke FKRTL;
3. dari FKRTL ke FKRTL.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 59 Tahun 2024, Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Apakah semua pelayanan ambulan dijamin oleh BPJS Kesehatan?

Pelayanan ambulan tidak dijamin untuk pelayanan sebagai berikut:

- a. jemput pasien selain dari fasilitas kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain);
- b. mengantar pasien ke selain fasilitas kesehatan;
- c. rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu fasilitas kesehatan);
- d. ambulans/mobil jenazah; dan
- e. pasien rujuk balik rawat jalan

Acuan Regulasi: Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014

Bolehkah peserta tetap mendapatkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, namun tidak membawa Kartu Indonesia Sehat?

Peserta dapat menunjukkan KIS Digital pada aplikasi Mobile JKN atau dapat menunjukkan E-KTP. Petugas administrasi di Fasilitas Kesehatan akan melakukan input NIK pada proses pendaftaran dan dokumentasi pelayanan kesehatan Peserta pada aplikasi eligibilitas peserta.

Bagaimana cara saya mendapatkan pelayanan kesehatan?

Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 82 Tahun 2018

Apa yang dimaksud kegawatdaruratan medis?

Kegawatdaruratan medis dalam pelayanan kesehatan adalah suatu keadaan klinis pasien yang membutuhkan pelayanan medis segera guna penyelamatan nyawa pasien dan sebagai pencegahan kecacatan lebih lanjut.

Acuan Regulasi: UU Nomor 36 Tahun 2009

Bagaimana kriteria kegawatdaruratan itu?

Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan. Kriteria kegawatdaruratan meliputi :

- a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/ lingkungan;
- b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
- c. adanya penurunan kesadaran;
- d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
- e. memerlukan tindakan segera.

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 47 Tahun 2018

Bagaimana prosedur pelayanan kegawatdaruratan di Fasilitas Kesehatan?

- a. Pelayanan kegawatdaruratan medis diberikan oleh FKTP atau FKRTL baik yang bekerja sama maupun tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- b. Pelayanan kegawatdaruratan medis di FKRTL diberikan di FKRTL tanpa memerlukan surat rujukan dari FKTP maupun

- FKRTL;
- c. FKTP atau FKRTL menilai keadaan kegawatdaruratan peserta;
 - d. FKTP atau FKRTL memberikan pelayanan kegawatdaruratan medis sesuai dengan indikasi medis;
 - e. Fasilitas Kesehatan yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan medis yang termasuk dalam pelayanan yang dijamin dalam program Jaminan Kesehatan Nasional baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, dilarang meminta atau menarik biaya kepada Peserta;
 - f. Peserta datang ke FKTP atau FKRTL terdekat dengan menunjukkan kartu identitas peserta JKN Digital dengan status aktif atau KTP/NIK atau Kartu Identitas Anak/Kartu Keluarga bagi Peserta di bawah usia 17 tahun tanpa surat rujukan dari FKTP;
 - g. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.

Acuan Regulasi: Pemenkes Nomor 28 Tahun 2014

Apakah sistem rujukan itu?

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 01 Tahun 2012

Apakah surat rujukan FKTP itu?

Surat rujukan atau surat pengantar rujukan adalah surat yang dibuat oleh FKTP untuk disampaikan kepada FKRTL(RS). Surat pengantar rujukan sekurang-kurangnya memuat:

- a. identitas pasien;
- b. hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
- c. diagnosis kerja;
- d. terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan

Berapa lama masa berlaku surat rujukan dari FKTP?

Masa berlaku surat rujukan adalah 90 (sembilan puluh) hari.

Apakah rujukan internal itu?

Rujukan internal adalah rujukan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) penerima rujukan kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) lain di FKRTL yang sama. Pemberian rujukan internal ditujukan untuk melengkapi pelayanan kesehatan kepada Peserta berdasarkan kebutuhan medis yang dijamin dalam program JKN.

Apakah surat kontrol itu?

Surat kontrol adalah permintaan kunjungan kembali ke FKRTL kepada Peserta untuk mendapatkan perawatan lanjutan yang diberikan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) penerima rujukan. Surat kontrol digunakan apabila Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) FKRTL penerima rujukan menilai Peserta yang dirujuk masih memerlukan perawatan lebih lanjut.

Apakah Program Rujuk Balik itu?

Program Rujuk Balik (PRB) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/ subspesialis yang merawat. Pada Program Rujuk Balik, pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan dari dokter spesialis/ subspesialis di FKRTL ke dokter FKTP pada pasien kronis yang kondisinya sudah stabil disertai dengan surat keterangan rujuk balik.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 82 Tahun 2018

Apa saja penyakit/diagnosis yang termasuk dalam Program Rujuk Balik?

Penyakit/diagnosis yang termasuk dalam Program Rujuk Balik yakni penyakit-penyakit kronis yang meliputi diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, skizofren, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus (SLE).

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 82 Tahun 2018

Bagaimana saya yang menderita penyakit kronis dapat menjadi peserta Program Rujuk Balik?

Peserta JKN yang menderita penyakit kronis dapat menjadi peserta Program Rujuk Balik jika memenuhi kriteria 3B: Benar Diagnosis, Benar dalam Kondisi Stabil, Benar Obat, dan melalui pemberian Surat Rujuk Balik dari dokter spesialis/subspesialis di FKRTL kepada dokter FKTP.

Saya sebagai Peserta Program Rujuk Balik, bagaimana pelayanan obat untuk saya?

Pelayanan obat program rujuk balik mengacu pada daftar obat program rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional untuk kebutuhan pelayanan obat selama 30 hari.

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 52 Tahun 2016

Apa sajakah manfaat yang tidak dijamin dalam Program JKN?

1. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
 - c. pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau

- d. menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
- d. pelayanan kesehatan yang jaminan pertanggungjawabannya diberikan oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai atau ketentuan yang ditanggung sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan diberikan sesuai hak kelas rawat Peserta;
- e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
- i. gangguan kesehatan/ penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
- j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- k. pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen;
- m. alat dan obat kontrasepsi serta kosmetik;
- n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- p. pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
- q. pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;
- r. pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang yang telah dijamin melalui skema pendanaan lain yang dilaksanakan Kementerian/lembaga atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- s. pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
- t. pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan; atau
- u. pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.

- Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan meliputi rujukan atas permintaan sendiri dan pelayanan kesehatan lain yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Acuan Regulasi: Perpres Nomor 59 Tahun 2024

Bagaimana Ketentuan Penjaminan Alat Bantu Dengar?

Ketentuan penjaminan alat bantu dengar, sebagai berikut :

- Berdasarkan resep dari dokter spesialis (THT-KL)
- Bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- Diberikan paling cepat 5 tahun sekali atas indikasi medis tanpa membedakan satu/dua telinga dan untuk telinga yang sama
- Besaran maksimal Rp1.100.000,00 per peserta.
- Penjaminan alat bantu dengar pada telinga yang sama tidak dapat dijamin sebelum 5 (lima) tahun walaupun belum mencapai Rp1.100.000

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Bagaimana Ketentuan Penjaminan Protesa alat gerak?

Ketentuan penjaminan protesa alat gerak, sebagai berikut:

- Berdasarkan resep dari dokter spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
- Bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- Protesa alat gerak berupa kaki palsu, tangan palsu
- Diberikan paling cepat 5 tahun sekali atas indikasi medis untuk protesa alat gerak yang sama
- Besaran maksimal Rp2.750.000,00 (dua juta tujuh ratus lima puluh ribu rupiah) per peserta.
- Penjaminan protesa alat gerak yang sama tidak dapat dijamin sebelum 5 (lima) tahun walaupun belum mencapai Rp2.750.000,00

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Bagaimana Ketentuan Penjaminan Protesa Gigi?

Ketentuan penjaminan protesa gigi, sebagai berikut:

A. di FKTP:

- Bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan di FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis untuk rahang gigi yang sama, dengan ketentuan:
 - 2 rahang gigi, maksimal sebesar Rp1.000.000,00
 - 1 rahang gigi, maksimal sebesar Rp500.000,00
- Penjaminan Protesa Gigi pada rahang gigi yang sama di FKTP tidak dapat dijamin sebelum 2 (dua) tahun walaupun belum mencapai maksimal tarif sebesar Rp500.000,00 per rahang gigi.

B. di FKRTL:

- Bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama, dengan ketentuan:
 - Full protesa gigi (gigi tiruan penuh)/ 2 (dua) rahang gigi, maksimal sebesar Rp1.100.000,00
 - 1 (satu) rahang gigi maksimal sebesar Rp550.000,00
- Penjaminan Protesa Gigi pada rahang gigi yang sama di FKRTL tidak dapat dijamin sebelum 2 (dua) tahun walaupun belum mencapai maksimal tarif sebesar Rp550.000,00 per rahang gigi

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Bagaimana Ketentuan Penjaminan Korset Tulang Belakang?

Ketentuan penjaminan korset tulang belakang, sebagai berikut:

- Bagian dari pemeriksaan dan penanganan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis
- Besaran maksimal Rp385.000,00 per peserta

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Bagaimana Ketentuan Penjaminan Penyangga Leher (Collar Neck/Cervical Collar/Neck Brace)?

Penyangga Leher (*Collar Neck /cervical collar/neck brace*) diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sebagai penyangga kepala dan leher karena trauma pada leher dan kepala ataupun fraktur pada tulang cervix/tulang leher sesuai dengan indikasi medis. Ketentuan penjaminan penyangga leher, sebagai berikut:

1. Bagian dari pemeriksaan dan penanganan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
2. Diberikan paling cepat 2 tahun sekali atas indikasi medis
3. Besaran maksimal Rp165.000,00 per peserta

Acuan Regulasi: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Apakah pelayanan darah dijamin di Rumah Sakit untuk peserta BPJS Kesehatan?

Pelayanan darah (termasuk kantong darah) sesuai dengan indikasi medis masuk dalam manfaat yang dijamin di pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Bagaimana perlakuan bila peserta mengeluhkan terdapat riwayat pelayanan yang tidak pernah diterima peserta?

1. PIPP melakukan pengecekan terhadap riwayat pelayanan peserta;
2. PIPP melakukan koordinasi dengan kantor cabang jika riwayat pelayanan yang tidak pernah diterima peserta bukan di Faskes tersebut;
3. Jika riwayat pelayanan yang tidak pernah diterima peserta terjadi pada faskes tersebut, maka PIPP mengumpulkan bukti pelayanan peserta;
4. Jika terjadi ketidaksesuaian maka PIPP berkoordinasi dengan kantor cabang untuk mendapatkan arahan lebih lanjut.

Bagaimana jika terjadi kekosongan obat dan/atau jumlah obat yang diberikan tidak sesuai resep?

1. PIPP berkoordinasi dengan bagian Farmasi
2. Fasilitas Kesehatan tetap wajib memberikan sesuai dengan yang diresepkan oleh DPJP
3. Fasilitas kesehatan tetap mengakomodir pemberian obat kepada peserta

Apa saja pemeriksaan Penunjang di FKTP?

Pemeriksaan penunjang di FKTP merupakan pemeriksaan penunjang nonspesialistik sesuai panduan praktek klinis yang berlaku dan ditentukan oleh dokter FKTP. Khusus untuk peserta PROLANIS diberikan pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

1. Gula Darah Sewaktu (GDS), Puasa (GDP), post Prandial (GDPP) untuk peserta PROLANIS DM GDS sesuai indikasi medis, GDP 1 bulan sekali, GDPP 1 bulan sekali.
2. HbA1C kepada peserta PROLANIS DM 3-6 bulan sekali
3. Mikroalbuminuria, ureum, kreatinin, kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL, trigliserida untuk peserta PROLANIS DM dan/atau PROLANIS HT 2 kali dalam 1 tahun.

Acuan Regulasi: PMK Nomor 3 tahun 2023

Bagaimana cara penjaminan manfaat untuk peserta di PHK?

Peserta PPU yang mengalami PHK tetap memperoleh hak manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak PHK, tanpa membayar iuran.

Peserta PPU yang mengalami PHK membutuhkan pelayanan rawat inap, manfaat yang diberikan berupa Manfaat pelayanan Kelas Rawat Inap Standar atau di ruang perawatan kelas III untuk rumah sakit yang belum menerapkan Kelas Rawat Inap Standar.

Penjaminan Peserta PPU yang mengalami PHK diberikan kepada Pekerja, istri/suami yang sah, dan anak tertanggung paling

banyak 3 (tiga) orang yang sudah terdaftar dalam data induk BPJS Kesehatan dan kepada bayi baru lahir dari Peserta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Peserta PPU yang mengalami PHK wajib melaporkan pengaktifan kembali status kepesertaan sebagai Peserta PHK yang dilakukan setiap bulan sampai dengan Peserta kembali bekerja atau paling lama 6 (enam) bulan sejak terjadinya PHK melalui Kantor BPJS Kesehatan atau melalui kanal layanan yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan dengan:

- a. menunjukkan nomor induk kependudukan dalam kartu keluarga, kartu tanda penduduk, kartu tanda penduduk elektronik atau identitas kependudukan digital; dan
- b. menyampaikan surat pernyataan yang menyatakan Peserta belum bekerja.

Apa yang Dimaksud Denda Pelayanan?

Denda Pelayanan merupakan sanksi yang diterima peserta JKN karena keterlambatan pembayaran iuran dan menjalani rawat inap dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali, Peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk satu kali pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan yang diperolehnya.

Besaran denda pelayanan sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket Indonesian *Case Based Groups* berdasarkan diagnosa dan prosedur awal pelayanan kesehatan rawat inap dikalikan dengan jumlah bulan tertunggak dengan ketentuan:

1. Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan;
2. Besaran denda paling tinggi Rp20.000.000,00 (dua puluh juta rupiah);
3. Bagi Peserta PPU pembayaran denda pelayanan ditanggung oleh pemberi kerja.



BPJS KESEHATAN
KANTOR PUSAT

Jln. Letjend Suprpto, Kav. 20, No. 14, Cempaka Putih
PO BOX 1391/JKT, Jakarta Pusat 10510 - Indonesia
Telp. +62 21 421 2938 (Hunting)
Fax. +62 21 421 2940
Website: <https://bpjs-kesehatan.go.id>