

BUKU PANDUAN

# JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

BAGI POPULASI KUNCI



International  
Labour  
Organization

BUKU PANDUAN  
**JAMINAN KESEHATAN  
NASIONAL (JKN)**  
BAGI POPULASI KUNCI



## KATA PENGANTAR

Rasa syukur yang mendalam penyusun sampaikan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Pemurah, karena berkat kemurahan-Nya buku Panduan ini dapat kami selesaikan dengan baik. Panduan ini membahas panduan praktis mengenai beragam manfaat dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Penulisan buku Panduan ini tiada bermaksud untuk menggantikan buku-buku panduan yang telah diterbitkan selama ini. Hanya bermaksud memberikan kemudahan kepada komunitas (populasi kunci) yang mempunyai karakteristik khusus, dengan mengambil intisari dari buku-buku panduan yang telah ada dan menekankan isi yang sesuai kebutuhan mereka. Panduan ini diperuntukkan untuk komunitas terbatas.

Proses penyusunan Panduan ini melalui beberapa tahap yang diawali dengan menggali kebutuhan populasi kunci terhadap JKN, dan dilanjutkan dengan proses lokakarya yang melibatkan para populasi kunci untuk mendapatkan masukan terbaik bagi penyusunan Panduan ini.

Untuk itu penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah terlibat dan berpartisipasi, terutama kantor ILO Jakarta, dalam rangkaian kegiatan penyusunan Panduan ini yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu.

Besar harapan kami Panduan ini dapat berguna dan bermanfaat bagi pengguna JKN, terutama dari komunitas populasi kunci sehingga dampak nyata serta tujuan utama terselenggaranya JKN ini dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat Indonesia. Tak lupa permohonan maaf dari kami Tim Penyusun, apabila masih banyak terdapat kekurangan dan kami terbuka untuk menerima kritik dan saran yang membangun untuk proses penyempurnaan buku panduan ini.

Jakarta, 2016

Tim Penyusun

## DAFTAR ISTILAH

BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Degeneratif kronis	: Penyakit di mana organ atau struktur jaringan tubuh akan memburuk sejalan waktu
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
Faskes	: Fasilitas Kesehatan
Fasyankes	: Fasilitas Layanan Kesehatan
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
INA CBGs	: Indonesia Case Base Group, sistem pembayaran dengan paket berdasarkan penyakit
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KHL	: Kehidupan Hidup Layak
NIK	: Nomor Induk Kependudukan
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah
PerMen	: Peraturan Menteri
PerPres	: Peraturan Presiden
Popkun	: Populasi Kunci (kelompok yang beresiko tinggi terhadap penularan HIV)
Portabilitas	: Dapat diakses di semua wilayah
PPU	: Pekerja Penerima Upah
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
TKSK	: Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar	
Daftar Istilah	
Daftar Isi	
Pendahuluan	1
<b>1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)</b>	<b>3</b>
1.1 JKN	4
1.2 Mengapa Perlu JKN	4
1.3 Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN	5
<b>2. Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)Kesehatan</b>	<b>7</b>
2.1 BPJS	8
2.2 Pertanggungjawaban BPJS	8
<b>3. Dasar Hukum</b>	<b>10</b>
3.1. Undang-Undang RI	11
3.2. Peraturan Presiden	11
3.3. Peraturan Setingkat Menteri	12
3.4. Peraturan Setingkat Badan Pelaksana	12
<b>4. Kepesertaan</b>	<b>14</b>
4.1. Peserta Mandiri	16
4.1.1 Pekerja Penerima Upah	16
4.1.2 Pekerja Bukan Penerima Upah	17
4.1.3 Bukan Pekerja	17
4.2. Peserta Penerima Bantuan Iuran	18
<b>5. Penyelenggaraan JKN</b>	<b>24</b>
5.1. Manfaat	25
5.2. Alur Layanan	27
5.2.1. Alur rujuk Balik	29
5.3. Pembiayaan	29
<b>6. Pertanyaan terkait JKN</b>	<b>31</b>
<b>7. Kesimpulan</b>	<b>35</b>
<b>8. Referensi</b>	<b>37</b>



## PENDAHULUAN

Dalam sidang ke-58 tahun 2005 di Jenewa, *World Health Assembly* (WHA) menggarisbawahi perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan. WHA ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika mereka bergerak menuju *Universal Health Coverage*.

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

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

Tetapi asuransi kesehatan saja tidak cukup. Diperlukan asuransi kesehatan sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN). Karena asuransi kesehatan sosial memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. Asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan “terserah dokter” atau terserah “rumah sakit”.

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

Dalam periode Agustus – September 2015 telah diadakan rangkaian diskusi kelompok terfokus kepada populasi kunci terkait permasalahan JKN/BPJS. Tantangan utama yang terangkum dari diskusi tersebut di antaranya meliputi dari rendahnya tingkat pemahaman komunitas akan JKN, tidak adanya portabilitas JKN, belum terakomodirnya layanan yang dibutuhkan oleh populasi kunci dalam Paket Manfaat JKN hingga masih ditemuinya stigma dan diskriminasi di tataran pemberi layanan kepada populasi kunci.

Terkait dengan hal tersebut maka inisiatif untuk menerbitkan buku saku ini sebagai panduan/pegangan bagi populasi kunci diharapkan dapat membantu memecahkan permasalahan ini.

# 1

---

## PENGERTIAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

---



## 1.1 JKN

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kepersertaannya wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandat UU ditanggung oleh negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya.

Diharapkan dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkat kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara kelompok.

## 1.2 Mengapa Perlu JKN

Dalam perjalanannya biaya kesehatan tiap-tiap penduduk dari hari ke hari mengalami kenaikan, dan dengan perkembangan saat ini di mana telah terjadi pergeseran pola penyakit dari infeksi ringan menjadi *degeneratif kronis* (penyakit di mana fungsi organ atau struktur dari jaringan tubuh akan semakin memburuk dari waktu ke waktu).

Keadaan atau kondisi sakit tentunya akan berdampak pada aspek sosial dan ekonomi kehidupan seseorang. Sebagai ilustrasi sederhana jika seseorang menderita sakit, ini akan menjadi risiko individu di mana ia harus melakukan pembiayaan sendiri dengan jumlah yang tidak dapat diprediksi dan akan berdampak pada perekonomian keluarga.

Jika hal itu diubah menjadi resiko kelompok dengan mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib dengan prinsip gotong-royong dan iuran yang terjangkau maka dampak manfaatnya akan lebih luas dan berkelanjutan.

Populasi kunci sebagai bagian dari masyarakat dengan asumsi berisiko tinggi dalam permasalahan kesehatan akan sangat terbantu dengan adanya mekanisme ini, di mana proteksi sosial ekonomi serta akses dalam masalah kesehatan lebih terjaga walaupun masih tetap diperlukan perbaikan-perbaikan dalam menuju manfaat layanan kesehatan paripurna.

### 1.3 Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN

Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip pada SJSN.

- Prinsip Kegotong-royongan  
Prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.
- Prinsip Nirlaba  
Pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan. Sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

- **Prinsip Portabilitas**  
Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- **Prinsip Kepersertaan Bersifat Wajib**  
Kepersertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepersertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

# 2

---

## PENGERTIAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN ( BPJS )

---



## 2.1 BPJS

BPJS adalah salah satu lembaga sosial yang dibentuk untuk menyelenggarakan program-program seperti jaminan sosial yang ada di Indonesia. Menurut UU No. 24 Tahun 2011 BPJS akan mengganti sejumlah lembaga-lembaga jaminan sosial yang ada, seperti lembaga asuransi kesehatan PT Askes Indonesia akan diganti menjadi BPJS Kesehatan. BPJS adalah badan hukum publik milik negara yang non-profit dan bertanggung jawab kepada Presiden. Terdapat dua BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

## 2.2 Pertanggungjawaban BPJS

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

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

BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan sistem kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.

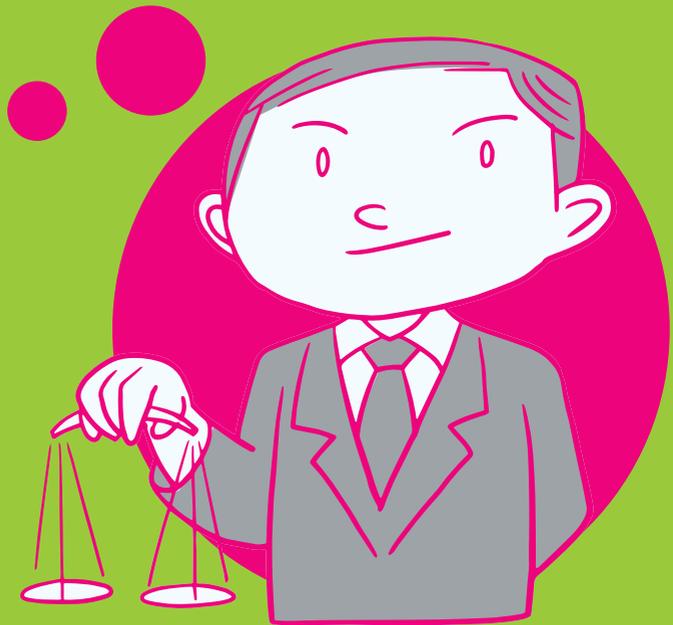
- Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit dua media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.
- Periode laporan dimulai dari 1 Januari hingga 31 Desember.

# 3

---

## DASAR HUKUM

---



Landasan hukum dalam melaksanakan SJSN antara lain adalah:

### 3.1 Undang – Undang (UU) Republik Indonesia:

- **UU No. 40 Tahun 2004** tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- **UU No. 24 Tahun 2011** tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

### 3.2 Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia :

- **Perpres RI No. 101 Tahun 2012** tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- **Perpres RI No. 12 Tahun 2013** tentang Jaminan Kesehatan.
- **Perpres RI No. 111 Tahun 2013** tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- **Perpres RI No. 108 Tahun 2013** tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial
- **Perpres RI No. 109 Tahun 2013** tentang Penetapan Kebersertaan Program Jaminan Sosial
- **Perpres RI No. 107 Tahun 2013** tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu berkaitan dengan Kegiatan
- **Perpres RI No. 32 Tahun 2014** tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN
- **Perpres RI No. 19 Tahun 2016** tentang Perubahan Kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013
- **Perpres RI No. 28 Tahun 2016** tentang Perubahan Ketiga atas Perpres No. 12 Tahun 2013

### 3.3 Peraturan dan Keputusan setingkat Menteri Republik Indonesia:

- **Keputusan Menteri Kesehatan No. 326 Tahun 2013** tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional
- **Peraturan Menteri Keuangan RI No. 206 Tahun 2013** tentang Tatacara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan
- **Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2013** tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- **Peraturan Menteri Keuangan No. 19 Tahun 2014** tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan
- **Peraturan Menteri Keuangan RI No. 28 Tahun 2014** tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN
- **Peraturan Menteri Keuangan RI No. 27 Tahun 2014** tentang Petunjuk Teknis INA- CBGs
- **Peraturan Menteri Keuangan RI No. 59 Tahun 2014** tentang Tarif JKN
- **Keputusan Menteri Sosial RI No. 170/HUK/2015** tentang Penerima Bantuan Iuran 2016
- **Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/Menkes/523/2015** tentang Formularium Nasional
- **Peraturan Menteri Keuangan No. 99 Tahun 2015** tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

### 3.4 Peraturan setingkat badan pelaksana:

- **Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014** tentang Unit Pengendali Mutu dan Penanganan Pengaduan Peserta
- **Peraturan BPJS Kesehatan No. 3 Tahun 2014** tentang Kepatuhan
- **Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2015** tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi Pekerja bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja

- **Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 32 Tahun 2015** tentang Petunjuk Teknis Tatacara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran bagi PPU dan BP

UU serta peraturan-peraturan mengenai jaminan kesehatan cukup beragam serta dinamis yang menyesuaikan dengan kondisi terkini kebutuhan masyarakat. Meski belum seluruh permasalahan terkait JKN dapat terpecahkan tetapi banyak mengalami perbaikan menuju pelaksanaan yang lebih baik. Perbaikan ini terjadi mulai dari tingkatan yang teratas hingga peraturan mengenai teknis pelaksanaan, yang menjadi pegangan bagi populasi kunci untuk dapat memenuhi hak-haknya terkait dengan jaminan kesehatan.

Oleh sebab itu akan selalu ada peraturan yang terbaru untuk menyempurnakan sistem pelayanan JKN demi keuntungan masyarakat.

# 4

---

## KEPESERTAAN

---



Perpres RI No. 111 Tahun 2013 Pasal 6 menyatakan: Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat **wajib** dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Di dalam UU SJSN diamanatkan bahwa seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Untuk menjadi peserta harus membayar iuran jaminan kesehatan. Bagi yang mempunyai upah/gaji, besaran iuran berdasarkan persentase upah/gaji yang dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja. Bagi yang tidak mempunyai gaji/upah besaran iurannya ditentukan dengan nilai nominal tertentu, sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran maka iurannya ditanggung oleh pemerintah.



## 4.1 Kepesertaan Mandiri

Peserta mandiri adalah bukan penerima bantuan iuran, yang termasuk dalam kategori ini adalah:

### 4.1.1 Pekerja Penerima Upah

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

- Pegawai Negeri Sipil
- Anggota TNI/ Polri
- Pejabat Negara
- Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
- Pegawai Swasta
- Pekerja yang tidak termasuk di atas yang menerima upah.

Pekerja penerima upah dapat menyertakan anggota keluarga yang lain seperti yang dijelaskan dalam Perpres No. 12 tahun 2013, Pasal 5, yaitu:

- Suami/istri yang sah dari peserta.
- Anak kandung/anak tiri dan atau anak angkat yang sah dari peserta.

Dengan kriteria:

- Tidak atau belum menikah atau mempunyai penghasilan sendiri.
- Belum berusia 21 tahun atau 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Bagi pekerja yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) atau disabilitas tetap terdapat mekanisme yang telah diatur yaitu:

Bagi pekerja yang dalam masa enam bulan tidak mampu kembali bekerja akan dimasukkan dalam kategori PBI sedangkan yang dalam jangka waktu enam bulan dapat bekerja kembali dapat memperpanjang status dan melanjutkan pembayaran iuran.

### 4.1.2 Pekerja Bukan Penerima Upah

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

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan.

- Notaris/Pengacara/LSM dan sebagainya
- Dokter praktik swasta/Bidan swasta dan sebagainya
- Pedagang/Penyedia Jasa dan sebagainya
- Petani/Peternak/Nelayan dan sebagainya
- Pekerja Mandiri lainnya

### 4.1.3 Bukan pekerja

- Investor
- Pemberi kerja
- Penerima pensiun
- Veteran
- Perintis kemerdekaan
- Bukan pekerja yang tidak termasuk kriteria di atas

### Bayi yang baru lahir

Bayi dapat didaftarkan terhitung sejak terdeteksi adanya denyut jantung bayi dalam kandungan, yang dibuktikan dengan melampirkan surat keterangan dokter atau bidan. Surat keterangan dokter paling sedikit mengandung informasi mengenai deteksi denyut jantung, usia bayi dalam kandungan, dan hari perkiraan lahir. Mengisi formulir daftar isian peserta seperti pendaftaran perorangan dan diserahkan ke kantor BPJS terdekat. Iuran pertama dilakukan paling cepat setelah bayi dilahirkan dalam keadaan hidup dan paling lambat 30 hari kalender setelah perkiraan lahir.

## 4.2 Peserta Penerima Bantuan Iuran

Penerima Bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak (***Kebutuhan Hidup Layak yang selanjutnya disingkat KHL adalah standar kebutuhan yang harus dipenuhi oleh seorang pekerja/buruh lajang untuk dapat hidup layak baik secara fisik, non fisik dan sosial, untuk kebutuhan 1 (satu) bulan.***) bagi kehidupan diri dan/atau keluarga. Standar kehidupan yang layak diatur berdasarkan Keputusan Menteri Tenaga Kerja No. 13 Tahun 2012.

Orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya maupun keluarga.

Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial No. 146 Tahun 2013.

Kategori fakir miskin dan orang tidak mampu:

- a. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar.
- b. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum terdaftar.

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum terdaftar terdapat di dalam lembaga kesejahteraan sosial maupun di luar lembaga kesejahteraan sosial yang terdiri atas:

- Gelandangan
- Pengemis
- Perseorangan dari komunitas adat terpencil
- Perempuan rawan sosial ekonomi
- Korban tindak kekerasan
- Pekerja migran bermasalah sosial
- Masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat
- Perseorangan penerima manfaat lembaga kesejahteraan sosial
- Penghuni rumah tahanan/lembaga pemasyarakatan
- Penderita thalassemia mayor

- Penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)
- Peserta program keluarga harapan menggunakan kartu keluarga harapan
- Penerima bantuan langsung sementara masyarakat
- Perseorangan penerima program beras miskin

### **Cara Pendaftaran peserta PBI APBN**

Pendaftaran PBI tidak dapat dilakukan secara perorangan, tetapi melalui proses verifikasi, validasi, dan penetapan sasaran menjadi PBI sebagaimana telah diatur oleh Kementerian Sosial RI. Informasi selanjutnya dapat menghubungi Dinas Sosial kab/kota. Di tingkat daerah, pendaftaran penduduk PBI APBD diatur tersendiri oleh Pemerintah Daerah (Pemda) masing-masing. Pada umumnya, penduduk yang didaftarkan oleh Pemda adalah penduduk miskin dan tidak mampu yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas atau PBI APBN.

### **Mekanisme Verifikasi PBI**

Kegiatan verifikasi PBI jaminan kesehatan pengganti merupakan pemutakhiran basis data terpadu. Pemutakhiran data diawali dengan kegiatan musyawarah desa/musyawarah kelurahan untuk mengusulkan PBI pengganti. Kemudian dilakukan verifikasi oleh Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK). Sebelum melakukan verifikasi PBI pengganti. Hasil verifikasi dikirim ke pusat basis data terpadu untuk memperbaharui Basis Data PBI. Kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut. Pendaftaran PBI tidak melalui Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan. Sehingga silakan menghubungi Dinas Sosial Kabupaten / Kota setempat untuk informasi lebih lanjut tentang PBI. Selanjutnya berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan bahwa data Penerima Bantuan Iuran (PBI) setiap 6 bulan akan dilakukan validasi oleh Kementerian Sosial. Menteri Sosial telah menetapkan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu melalui Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.

Bagi sebagian populasi kunci untuk mengakses PBI cukup bermasalah dikarenakan persoalan identitas diri berupa KTP, KK, ataupun NIK yang tidak dimiliki. Sedangkan identitas diri merupakan syarat mutlak yang wajib terpenuhi bagi warga negara yang akan memperoleh JKN.

Dalam mengatasi hal ini bagi populasi kunci dapat mengakses melalui mekanisme PBI yang kita ketahui mempunyai mekanisme pembiayaan melalui APBN dan APBD. Bagi populasi kunci yang mengalami kesulitan dalam mengakses layanan BPJS diharapkan mencoba melalui mekanisme pembiayaan APBD yang mana di masing-masing wilayah atau daerah mempunyai kebijakan-kebijakan lokal yang berbeda. Untuk itu peran aktif dalam mencari informasi pada Dinas Sosial setempat dan melakukan upaya pendekatan. Dengan mendaftarkan diri baik kepada Dinas Sosial setempat sebagai bagian dari penerima bantuan yang berhak dapat dilihat pada Bab pembahasan mengenai PBI. Yang utama di sini adalah kesediaan diri dari populasi kunci untuk identitasnya didata dan serahkan serta digunakan oleh Dinas Sosial. Untuk mempermudah mekanisme ini jaringan atau LSM dapat mengorganisir populasi kunci yang bersedia identitas dirinya diserahkan dan menjadi jembatan atau pendamping bagi mereka yang kurang memiliki pemahaman mengenai hal ini serta melakukan upaya advokasi di tingkat daerah untuk dapat mengakses pembiayaan melalui APBD.

Hal berikutnya yang dapat dilakukan adalah dengan mengurus identitas kependudukan seperti alur yang telah di sebutkan di bawah ini.

# ALUR PELAYANAN DAN PEMBENTUKAN DATA PENDUDUK



## Pendaftaran penduduk

Dua hal yang penting dalam pendaftaran penduduk adalah:

A. Pemberian Nomor Induk Kependudukan (NIK) kepada seluruh penduduk Indonesia.

- NIK adalah identitas penduduk dan merupakan kunci akses dalam melakukan verifikasi dan validasi data diri seseorang guna mendukung pelayanan publik.
- NIK bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat kepada seseorang yang terdaftar sebagai penduduk.

B. Pendataan penduduk rentan administrasi kependudukan

Menindaklanjuti Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 11 Tahun 2010 tentang Pedoman Pendataan dan Penerbitan Dokumen Kependudukan bagi Penduduk Rentan Administrasi, dan Surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 470/41/MD Tahun 2010. Perihal petunjuk pemutakhiran data kependudukan bagi penduduk rentan administrasi kependudukan. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil dan Dinas Sosial melakukan pendataan terhadap orang terlantar yang telah ditampung di panti dan rumah singgah binaan Dinas Sosial dan juga memberikan penggantian dokumen administrasi kependudukan. Hal inilah yang dapat dimanfaatkan oleh populasi kunci rentan administrasi kependudukan melalui Dinas Sosial di wilayahnya.

Terdapat beberapa masalah terkait NIK maupun identitas ganda di masyarakat sehingga menyebabkan permasalahan dalam pendataan. Contoh kasus berita yang dimuat mengenai data kependudukan di wilayah Bogor.

*Kepala Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Bogor, Dodi Achadiyat, mengatakan 10 persen data kependudukan warga Kota Bogor bermasalah pada bagian nomor induk kependudukan (NIK). “[Sebanyak] 10 persen dokumen kependudukan warga Kota Bogor bermasalah dengan NIK,” katanya di Bogor, Jawa Barat, Kamis (4/2/2016). Ia mengungkapkan, permasalahan tersebut seperti ada warga yang belum memiliki NIK karena tidak pernah melakukan pelayanan dokumen kependudukan,*

sudah meninggal dunia, NIK ganda, dan satu nomor induk miliki dua nama. "Ada yang punya NIK, tetapi ganda. Ada satu nomor, tapi dimiliki dua orang," ujarnya. Menurutnya, NIK yang bermasalah ini memengaruhi dokumentasi kependudukan Kota Bogor, terutama dalam penyaluran Kartu Indonesia Sehat (KIS) Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang sedang dilaksanakan pemerintah daerah bersama BPJS Kesehatan. "NIK diperlukan untuk mendistribusikan KIS-PBI, karena tanpa NIK tidak bisa dilacak identitas kependudukan," katanya. Ia mengungkapkan, warga Kota Bogor tidak akan memiliki NIK kalau tidak mengurus dokumentasi kependudukan di Disdukcapil. Data dari perekaman terdapat 641.377 orang yang memiliki NIK dari 778.664 wajib KTP. "Hasil rekaman data kependudukan per Desember 2015, jumlah penduduk Kota Bogor sebanyak 984.060 jiwa, terdiri atas 501.165 laki-laki dan 482.895 perempuan," katanya. Dodi mengungkapkan, pihaknya akan melakukan inventarisasi merekam ulang data kependudukan Kota Bogor agar semua warga yang wajib ber-KTP sudah memiliki NIK. Ini dilakukan bersama Dinsosnakertrans pada Februari dan Juni 2016. Pada tahun ini, tutur Dodi, Disdukcapil Kota Bogor sudah memiliki mobil layanan KTP keliling yang akan melayani di pusat-pusat keramaian seperti mal. Disdukcapil juga akan memperluas layanan dengan menyediakan akses kependudukan di setiap kecamatan. "Kami mengajak masyarakat untuk melengkapi data kependudukannya agar hal-hal yang berkaitan dengan bantuan pemerintah ini bisa tersalurkan kepada masyarakat secara tepat sasaran," katanya.

**<http://news.okezone.com/read/2016/02/04/338/1304437/10-ktp-warga-bogor-bermasalah-dengan-nik>**

Hal seperti inilah yang banyak terjadi di banyak wilayah sehingga menyulitkan untuk memperbaharui data bagi peserta penerima PBI, dan harus banyak dilakukan kemudahan serta sosialisasi mengenai tata cara kepengurusan agar masyarakat/populasi kunci yang mempunyai permasalahan terkait data kependudukan dapat melakukan pengurusan.

# 5

---

## PENYELENGGARAAN JKN

---



## 5.1 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya. JKN terdiri dari dua jenis, yaitu: Manfaat medis berupa layanan kesehatan yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang diatur oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Termasuk pelayanan obat dan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan preventif dan promotif meliputi:

- Penyuluhan kesehatan perorangan
- Imunisasi dasar
- Keluarga berencana
- Skrining kesehatan

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Pelayanan di luar prosedur
- b. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. *General check-up*/pengobatan alternatif
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan
- f. Pelayanan kesehatan saat bencana
- g. Percobaan bunuh diri penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri/bunuh diri/narkoba.

**Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi:**

- a) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik mencakup:

1. Administrasi kesehatan
  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. Tranfusi darah sesuai kebutuhan medis
  7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
  8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi
- b) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
1. Rawat jalan yang meliputi:
    - a. Administrasi pelayanan
    - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialistik dan subspecial
    - c. Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
    - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
    - e. Pelayanan alat kesehatan implan
    - f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis
    - g. Rehabilitasi medis
    - h. Pelayanan darah
    - i. Pelayanan dokter forensik
    - j. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
  2. Rawat inap yang meliputi :
    - a. Perawatan inap non intensif
    - b. Perawatan inap di ruang intensif
    - c. Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri

Hal yang menjadi dasar dalam penerimaan manfaat disini adalah perbedaan besaran iuran tidak akan menyebabkan perbedaan dalam menerima layanan medis termasuk obat-obatan, tetapi yang akan menjadi pembeda hanyalah ruangan atau kelas dalam fasilitas rawat inap.

## 5.2 Alur Pelayanan JKN

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada JKN yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horisontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan dan seluruh fasilitas kesehatan.

### ALUR PELAYANAN KESEHATAN JKN



Sesuai dengan bagan alur layanan yang ada peserta melakukan pemeriksaan pada fasilitas layanan tingkat pertama, dan jika diperlukan rujukan maka akan diberikan Surat Rujukan kepada fasilitas layanan sekunder / tersier tergantung layanan yang dibutuhkan. Akan tetapi dalam kondisi darurat peserta dapat langsung menuju rumah sakit / layanan kesehatan sekunder / tersier.

Tata cara sistem rujukan berjenjang akan dijelaskan secara lebih detil sebagai berikut:

1. Sistem rujukan layanan kesehatan akan dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis yaitu:
  - a. Dimulai pada fasilitas kesehatan tingkat pertama
  - b. Jika diperlukan akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
  - c. Apabila dibutuhkan dan tidak terdapat layanan di fasilitas kesehatan sekunder akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier.
2. Pelayanan di fasilitas kesehatan primer yang dapat dirujuk langsung ke fasilitas kesehatan tersier hanya untuk kasus yang telah ditegaskan diagnosis-nya dan rencana terapinya. Dan layanan hanya tersedia di fasilitas kesehatan tersier.
3. Ketentuan layanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
  - a. Kondisi kegawatdaruratan
  - b. Bencana
  - c. Kekhususan permasalahan kesehatan klien
  - d. Pertimbangan geografis
  - e. Pertimbangan kesediaan fasilitas
4. Pelayanan oleh bidan dan perawat
  - a. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan tingkat pertama
  - b. Bidan dan perawat hanya dapat memberikan rujukan ke dokter pemberi layanan di tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat

## 5. Rujukan parsial

- a. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi layanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian rawatan pasien.
- b. Apabila pasien adalah pasien rujukan parsial, maka penjamin pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

### 5.2.1. Alur rujuk balik

Program layanan rujuk balik diberikan kepada peserta BPJS penderita penyakit kronis, yang sudah terkontrol/stabil namun masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan dalam jangka waktu panjang.

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB (Program Rujuk Balik) peserta dengan penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi stabil oleh dokter spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta rujuk balik.

Mekanisme pendaftaran peserta rujuk balik:

1. Peserta mendaftar pada petugas pojok PRB dengan menyertakan:
  - a. Kartu identitas peserta BPJS Kesehatan
  - b. Surat rujuk balik dari dokter spesialis
  - c. Surat elijibilitas peserta dari BPJS Kesehatan
  - d. Lembar resep obat/salinan resep
2. Peserta mengisi formulir pendaftaran peserta PRB
3. Peserta menerima buku kontrol peserta PRB

## 5.3 Pembiayaan

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan (Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan).

Setiap peserta wajib membayarkan iuran yang besarnya berdasarkan presentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI).

- Bagi peserta PBI jaminan kesehatan dibayarkan oleh pemerintah
- Bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja
- Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan.

Sedangkan tatacara pembayaran kepada fasilitas kesehatan:

- BPJS Kesehatan membayarkan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kapitasi (sistem pembayaran kapitasi adalah cara pembayaran oleh pengelola dana kepada penyelenggara kesehatan primer untuk pelayanan yang diselenggarakannya, yang besar biayanya tidak dihitung berdasarkan jenis ataupun jumlah layanan melainkan berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggungan (Eastaugh1981;Weeks,1979)
- Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan BPJS membayarkan dengan cara INA CBG's (sistem paket)
- Jika suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.
- Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan dibayar dengan penggantian biaya, yang ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.
- BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim lengkap diterima.

# 6

---

## TANYA JAWAB SEPUTAR BPJS

---



**T: *Jika saya seorang diri dan tidak memiliki kartu keluarga apakah dapat mendaftar BPJS?***

J: Bisa mendaftar seorang diri yang penting memiliki NIK. Mendaftar bisa di kantor BPJS dengan mengisi formulir (daftar isian peserta) atau secara online dengan mengklik di [www.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.bpjs-kesehatan.go.id) kemudian menuju Kantor BPJS terdekat sesuai alamat domisili untuk proses selanjutnya (mendapatkan kode untuk membayar dan kartu peserta JKN)

**T: *Benarkah untuk bisa ikut serta JKN harus memiliki rekening di Bank?***

J: Rekening bank menjadi syarat untuk seseorang yang ingin mendaftar di kelas 1 atau kelas 2. Untuk kelas 3 tidak diperlukan. Rekening bank memudahkan untuk dilakukan auto debit jika peserta terlambat membayar. Sedangkan untuk peserta kelas 3, jika tidak membayar BPJS akan dialihkan menjadi peserta PBI.

**T: *Apakah bisa mendaftar JKN di Jakarta dengan KTP non-Jakarta?***

J: Bisa, mendaftar peserta JKN bisa di mana saja. Prinsip portabilitas dimaksud untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

**T: *Siapa yang menentukan PBI?***

J: Yang menentukan PBI adalah tim dari Dinas Sosial. Mereka akan mendata siapa saja yang masuk dalam kategori miskin. Data tersebut disampaikan pada Dinas Kesehatan dan didaftarkan sebagai peserta PBI. Dan menjadi peserta PBI dengan sumber pendanaan APBN. Sedangkan bagi PBI sumber Dana APBD, cukup dengan mengajukan KTP DKI Jakarta dan Kartu Keluarga (KK) ke puskesmas kecamatan atau kelurahan dan bersedia ditempatkan dengan fasilitas kelas 3 bagi warga DKI.

**T: *Jika ada dampingan atau populasi kunci yang sakit tetapi belum memiliki BPJS bagaimana solusinya?***

J: Secepatnya membawa ke rumah sakit asalkan memiliki KTP Jakarta (untuk wilayah DKI), bisa ditanggung oleh JKN dengan menjadi peserta PBI-APBD.

Dengan syarat bersedia dirawat di ruang perawatan kelas 3, dan mengurus persyaratan administrasi sejak hari pertama dirawat dan kelengkapannya dengan maksimum waktu pengurusan 3 hari. Adapun syarat yang harus dilengkapi adalah: Surat rawat inap, surat keterangan tidak mampu dari RT/RW atau lurah, surat pengantar dari dinas sosial dan menyiapkan fotokopi KTP dan KK serta fotokopi rekening listrik minimal 900 W.

**T: *Bagaimana caranya jika kita seorang diri atau merujuk dampingan yang hidup seorang diri?***

J: Yang harus dilakukan adalah:

- Menginformasikan kepada Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil tentang keberadaan orang tersebut (Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil berkewajiban mendata semua orang)
- Membantu menyiapkan persyaratan agar mengetahui atau mendapatkan NIK baru.
  - Menyiapkan dua penjamin/saksi
  - Menyiapkan surat pernyataan bermaterai jika belum memiliki NIK
  - Mengurus surat pengantar RT dan RW dan/atau rekomendasi dari Dinas Sosial
  - Menyiapkan dokumen kependudukan yang dimiliki, antara lain akta kelahiran, ijazah, KK, KTP, akte perkawinan/perceraian
  - Mendatangi Ditjen Kependudukan dan Pencatatan sipil Kemendagri untuk menelusuri NIK orang tua/keluarganya

**T: *Jika saya mempunyai permasalahan terkait layanan BPJS kemana saya harus melapor?***

J: Untuk layanan hotline dapat menghubungi 1500-400, atau *website*:

[www.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.bpjs-kesehatan.go.id).

Dapat juga melakukan pengaduan ke Kemenkes:

Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kemenkes RI

Telp: 021-1500567 (Halo Kemenkes)

Faks.021-52921669

SMS: 081281562620

Email: [kontak@kemkes.go.id](mailto:kontak@kemkes.go.id)

Web: [www.sehatnegeriku.kemkes.go.id](http://www.sehatnegeriku.kemkes.go.id)

Atau kepada Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan RI

Telp: 021-5221229

Faks. 021-5277543

Email: [jamkesmas@yahoo.com](mailto:jamkesmas@yahoo.com)

Web: [www.ppjik.depkes.go.id](http://www.ppjik.depkes.go.id)

Untuk menghubungi pihak-pihak tersebut di atas jangan lupa keluhan disertai bukti-bukti yang cukup mudah dipahami agar dapat ditindaklanjuti.

***T: Bagaimana cara mengetahui apakah kartu BPJS saya aktif atau tidak?***

J: Untuk peserta baru kartu akan aktif setelah 14 hari setelah pendaftaran atau pembayaran dilakukan.

Untuk melakukan cek kartu dapat dengan menggunakan SMS gateway BPJS dengan format:

NOKA<spasi>Nomor kartu BPJS Kesehatan

Kirim ke: 087775500400

Atau dengan menghubungi call center BPJS di nomor 1500-400

***T: Apakah warga binaan yang berada dalam lapas dan rutan bisa atau sudah dilayani dengan menggunakan BPJS?***

J: Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 76 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran. Dalam Pasal 11 Butir 7 tentang Penggantian dan Penambahan Data PBI tertulis fakir miskin dan orang tidak mampu yang salah satunya adalah tahanan/warga binaan pada rumah tahanan negara/ lembaga pemasyarakatan dapat dimasukkan dalam data PBI.

# 7

---

## KESIMPULAN

---



## Kesimpulan

JKN merupakan skema kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat di mana sistem pembiayaan kesehatan menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan.

Dengan prinsip portabilitas dan prinsip gotong royong diharapkan seluruh masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan di manapun di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, tanpa adanya perbedaan terhadap pemeriksaan maupun obat-obatan yang dibutuhkan.

Dengan skema pembiayaan yang saling menunjang di mana pihak yang mampu serta masyarakat yang tidak mampu dan pemerintah membuat rasa kesatuan dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat.

Walaupun hingga saat ini dalam proses dan praktiknya masih banyak terjadi kendala-kendala teknis di lapangan yang menyebabkan keengganan sebagian masyarakat untuk berpartisipasi dalam JKN diharapkan proses perbaikan-perbaikan terus dilakukan dan untuk inilah dibutuhkan pemahaman akan JKN dan peran aktif masyarakat untuk memberikan masukan serta mengawasi proses proses yang ada di lapangan.

Harapan ke depan adalah terciptanya masyarakat Indonesia yang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau dapat terwujud.

# 8

---

## REFERENSI

---

## Referensi

- Buku pegangan sosialisasi JKN dan SJSN Kemenkes RI
- <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>
- <http://news.okezone.com/read/2016/02/04/338/1304437/10-ktp-warga-bogor-bermasalah-dengan-nik>
- <http://www.kemosos.go.id/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=126&page=3> Data PBI
- Kumpulan pertanyaan terkait identitas kependudukan dan JKN BPJS, oleh Edi Sugiarto, Derap Project 2016
- Panduan layanan Bagi peserta BPJS Kesehatan
- Panduan Praktis Program Rujuk Balik Bagi peserta JKN
- Panduan Praktis Sistim Rujukan Berjenjang
- Panduan Teknis Pendataan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial , Tahun 2014
- Permenkes No:99, Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Tahun 2015
- Perpres No: 101 Tentang Penerima Bantuan Iuran Kesehatan , Tahun 2012
- Perpres No: 12 Tahun 2013 Tentang jaminan kesehatan
- Perpres RI Nomor 12, Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 76, Tahun 2015 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 101, Tahun 2012
- PMK No: 27 Tentang Juknis INA CBGs Tahun 2014
- PMK No: 59 Tentang standart Tarif JKN , Tahun 2014
- PMK No: 71 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, Tahun 2013
- Presentasi Pelayanan Adminduk Dinas Kependudukan dan catatan sipil DKI, Tahun 2016
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 , Tahun 2011



---

International  
Labour  
Organization



**Indonesia AIDS Coalition**

Jl. Tebet Timur Dalam 10D No. 3

Jakarta 12820 –Indonesia

T: (+62) 21 8378 87 40

E: [info@iac.or.id](mailto:info@iac.or.id)

[www.iac.or.id](http://www.iac.or.id)