

BUKU
PANDUAN LAYANAN PESERTA
JKN



SEKAPUR SIRIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan berkat dan karunia-Nya sehingga buku ini dapat terselesaikan dengan baik. Saya juga mengapresiasi upaya seluruh tim terkait sehingga Buku Panduan Layanan Peserta JKN dapat diselesaikan.

Peningkatan mutu layanan senantiasa menjadi fokus BPJS Kesehatan dalam mengemban amanah penyelenggaraan Program JKN. Untuk itu, kami berupaya melakukan perbaikan kualitas layanan di setiap *customer journey pada area of improvement* yang memiliki daya ungkit pada peningkatan kepuasan peserta serta meningkatkan intensitas dan efektivitas sosialisasi kepada peserta. Selain itu, untuk memberikan kemudahan, kecepatan dan ketepatan layanan kepada peserta, kami juga melakukan beragam terobosan dan inovasi melalui peningkatan pemanfaatan teknologi informasi dan kanal layanan tanpa tatap muka. Inovasi dan terobosan tersebut antara lain:

1. Peningkatan kehandalan dan pengembangan fitur aplikasi Mobile JKN yang dapat dimanfaatkan oleh seluruh peserta JKN.
2. Layanan BPJS Kesehatan Care Center 165 yang dapat dihubungi oleh peserta setiap hari (24/7).
3. Layanan PANDAWA yaitu kanal layanan tanpa tatap muka dengan menggunakan media Whatsapp di Nomor 08118165165 untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan informasi, permintaan administrasi kepesertaan dan pengaduan.
4. Layanan BPJS SATU (Siap Membantu) yaitu Petugas Pemberi Informasi dan Pengaduan (PIPP) di Rumah Sakit yang dapat memberikan informasi serta layanan pengaduan langsung di mana petugas PIPP dilengkapi dengan atribut rompi khusus bertuliskan BPJS SATU pada saat bertugas.

Melalui Buku Panduan Layanan Peserta JKN, pembaca akan mendapatkan informasi mengenai hak dan kewajiban sebagai peserta JKN dan kanal layanan bagi peserta JKN. Melalui buku ini, pembaca juga dapat memperoleh informasi mengenai pola hidup sehat oleh Brand Ambassador BPJS Kesehatan yang diharapkan dapat menjadi penggugah semangat peserta JKN dalam memulai pola hidup yang lebih sehat.

Pada kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih kepada seluruh masyarakat yang telah menjadi peserta JKN. Dengan menjadi peserta JKN, secara tidak langsung, Bapak/Ibu telah berkontribusi terhadap peningkatan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat. Menjadi peserta JKN yang aktif membayar iuran setiap bulan tidak hanya menyelamatkan diri dan keluarga dari beban finansial akibat biaya yang harus ditanggung ketika sakit, tetapi juga menyelamatkan jutaan penduduk Indonesia lainnya yang membutuhkan jaminan pembiayaan kesehatan ketika sakit.

Akhirnya, kami berharap buku ini dapat meningkatkan pemahaman secara lebih mendalam dan komprehensif terkait hak dan kewajiban sebagai peserta JKN serta inovasi yang telah dilakukan oleh BPJS Kesehatan sebagai upaya dalam peningkatan mutu layanan. Buku ini diharapkan juga membangun kesadaran masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari sehingga terhindar dari berbagai penyakit.

Jakarta, Desember 2024
Direktur Kepesertaan



Pentingnya Program JKN

Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.

Ada 3 (tiga) alasan utama menjadi peserta JKN-KIS, yaitu Protection (Perlindungan), Sharing (Gotong Royong), dan Compliance (Kepatuhan).

1. Protection (Perlindungan)

Program JKN-KIS bertujuan memberikan perlindungan kepada setiap peserta JKN-KIS untuk mendapatkan kepastian manfaat penjaminan pelayanan kesehatan sehingga diharapkan masyarakat bisa meningkat produktifitasnya untuk meningkatkan kesejahteraan. Protection merupakan perlindungan baik untuk diri sendiri, keluarga maupun orang lain.

"Saya sekeluarga akan terlindungi kalau sakit, terutama sakit berbiaya mahal"

2. Sharing (Gotong royong)

Sharing mempunyai makna gotong royong yang merupakan budaya bangsa Indone-

sia. Dengan menjadi peserta Program JKN-KIS, 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.

"Saya sekeluarga dapat membantu yang sakit jika saya tetap sehat"

3. Compliance (Patuh)

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

"Saya sekeluarga taat sebagai warga negara yang menjalankan kewajiban sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004"



Siapa Saja Yang Menjadi Peserta JKN?

Semua penduduk Indonesia WAJIB menjadi peserta JKN-KIS, termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia dengan cara mendaftar atau didaftarkan kepada BPJS Kesehatan sebagai peserta dan membayar iuran.

Peserta Jaminan Kesehatan meliputi:

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu yang didaftarkan sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat.
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 beserta 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 disebut PBPU yaitu setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. PBPU terdiri atas pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, pekerja lain yang bukan penerima upah atau gaji dan peserta yang didaftarkan oleh pihak lain atas nama peserta. Peserta yang didaftarkan oleh pihak lain atas nama peserta terdiri atas PBPU Mandiri, PBPU Kolektif dan PBPU Donasi.
 - c. PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.
 - d. Bukan Pekerja yang selanjutnya disebut BP adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. masyarakat yang didaftarkan dan iurannya oleh Pemerintah Pusat/ Daerah, PPU serta PBPU, BP terdiri atas : BP Penyelenggara Negara dan BP Selain Penyelenggara Negara. BP Penyelenggara Negara terdiri dari Veteran, Perintis Kemerdekaan, Penerima Pensiun, dan Janda, duda, anak yatim dan/atau piatu dari BP Penyelenggara Negara. Penerima pensiun terdiri dari Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun, PNS yang berhenti dengan hak pensiun, Prajurit dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pension dan penerima pensiun lainnya. BP Selain Penyelenggara Negara terdiri dari BP Mandiri dan BP Mandiri Kolektif. BP Mandiri terdiri dari investor, pemberi kerja, penerima pensiun Selain Penyelenggara Negara. BP Mandiri Kolektif terdiri dari Yayasan, Badan Pensiun, Universitas/Perguruan Tinggi, Koperasi, Lembaga keagamaan dan Badan Hukum lainnya.

Siapa Saja Anggota Keluarga yang Ditanggung Sebagai Peserta JKN

Setiap orang, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program JKN wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta.

Mekanisme pendaftaran anggota keluarga sebagai Peserta JKN-KIS mengacu pada ketentuan jenis kepesertaannya sebagai berikut:

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 lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah maka pendaftaran penduduk tersebut dilakukan berdasarkan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah provinsi dan/atau pemerintah kabupaten/kota. 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. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah dan anak angkat yang sah paling banyak 3 (tiga) orang 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 melanjutkan pendidikan formal.

Dalam hal satu atau beberapa anak sudah tidak ditanggung, maka posisi anak tersebut dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai dengan urutan kelahiran.

Selain anggota keluarga sebagaimana dimaksud diatas, bagi peserta PPU dapat mengikut sertakan anggota keluarga yang lain meliputi anak ke-4 (empat) dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.

3. Anggota keluarga dari Peserta PBPU dan BP meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri, dan/atau anak angkat yang sah, dan seluruh anggota keluarga lain yang terdaftar dalam satu Kartu Keluarga (KK) wajib didaftarkan sebagai peserta JKN.



Identitas Peserta JKN

Setiap peserta yang telah terdaftar sebagai peserta JKN pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran, berhak mendapatkan identitas peserta.

Identitas bagi Peserta JKN adalah Nomor Induk Kependudukan yang tercantum pada Kartu Tanda Penduduk/Kartu Identitas Anak/Kartu Keluarga yang diterbitkan oleh Instansi Pelaksana sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan



1. Kartu KIS Digital



2. Kartu KIS (Fisik)



Identitas peserta JKN yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan antara lain:

1. Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital; KIS Digital pada aplikasi Mobile JKN sebagai bukti kepesertaan program JKN.
2. Kartu Indonesia Sehat (KIS); Penerbitan Identitas Peserta dalam bentuk KIS diutamakan bagi:
 - a. PBI Jaminan Kesehatan;
 - b. BPBU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
 - c. Peserta JKN yang belum memiliki NIK atau NIKnya belum Padan Dukcapil.
3. Kartu Sementara (khusus untuk identitas bayi baru lahir berusia kurang dari 3 (tiga) bulan dan belum memiliki NIK padan Dukcapil).

Bagaimana Jika Kartu Peserta Hilang atau Rusak

Peserta JKN menggunakan Nomor Identitas Kependudukan yang tercantum pada (Kartu Tanda Penduduk/Kartu Identitas Anak/Kartu Keluarga) atau KIS Digital aplikasi Mobile JKN sebagai bukti kepesertaan program JKN.



Hak Dan Kewajiban Peserta

Apa Hak Peserta?

1. Menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan saat mendaftar;
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Memanfaatkan NIK sebagai identitas tunggal peserta JKN;
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; dan
6. Menyampaikan pengaduan, saran, dan aspirasi baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

“Memanfaatkan NIK sebagai identitas tunggal peserta JKN”

Apa Kewajiban Pemberi Kerja?

1. Mendaftarkan diri, pekerja beserta anggota keluarga sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan;
2. Menghitung dan mengumpulkan iuran yang menjadi kewajiban pekerjaannya melalui pemotongan gaji/upah pekerja;
3. Membayar dan menyetorkan iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS Kesehatan secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh);
4. Bertanggung jawab atas Pekerja yang membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan, dalam hal Pemberi Kerja belum mendaftarkan dan membayar iuran bagi Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan;
5. Memberikan data diri, pekerja beserta

Apa 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; dan
7. Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

anggota keluarga secara lengkap dan benar kepada BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Data pekerja beserta anggota keluarganya yang didaftarkan sesuai data pekerja dengan mencantumkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) KTP Elektronik/Kartu Keluarga (KK); dan
 - b. Data upah yaitu gaji pokok dan tunjangan tetap yang diterima oleh pekerja setiap bulan.
3. Melaporkan perubahan data badan usaha atau badan hukum, meliputi: alamat perusahaan, kepengurusan perusahaan, jenis badan usaha, jumlah pekerja, data pekerja dan keluarganya serta besaran upah setiap pekerja selambatnya 7 (tujuh) hari setelah terjadi perubahan.

Kanal Layanan merupakan tempat/media yang dapat digunakan oleh calon peserta atau peserta JKN yang membutuhkan layanan informasi, penanganan pengaduan dan administrasi kepesertaan (berupa pendaftaran peserta dan perubahan data peserta) serta pembayaran iuran.

BPJS Kesehatan telah menyediakan kanal layanan peserta baik secara tatap muka maupun tanpa tatap muka yang terdiri dari:

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

1. Aplikasi Mobile JKN



Aplikasi Mobile JKN merupakan kanal layanan tanpa tatap muka berbasis digital untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan Informasi, menyampaikan pengaduan dan layanan administrasi kepesertaan yang berkaitan dengan program JKN.

Aplikasi ini memanfaatkan teknologi informasi melalui telepon pintar (smartphone) berbasis Android dan iOS, yang dapat diunduh melalui Google Playstore atau Apps Store.

Fitur-fitur dalam Aplikasi Mobile JKN terdiri dari:

1. Fitur Pendaftaran Peserta Baru: Calon peserta dapat melakukan pendaftaran peserta PBP/ 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 NIK (khusus bayi baru lahir dengan NIK yang sudah terdaftar pada Dukcapil), peralihan jenis kepesertaan menjadi peserta PBP/ Mandiri, perubahan nomor handphone, alamat email, alamat surat, pindah FKTP dan pindah kelas;
4. Fitur Info Ketersediaan Tempat Tidur: menampilkan ketersediaan tempat tidur Rumah Sakit sesuai kelas Dimana informasi ketersediaannya di update oleh Rumah Sakit;
5. Fitur Info Lokasi : menampilkan informasi alamat kantor BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
6. Fitur Info Iuran: menampilkan informasi tagihan iuran peserta PBP dan anggota keluarganya;
7. Fitur Info Jadwal Tindakan Operasi: menampilkan jadwal operasi peserta dan anggota keluarga terdaftar serta dapat mengetahui jadwal operasi di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. informasi jadwal operasi tersebut di update oleh Rumah Sakit;
8. 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;
9. Fitur Pendaftaran Autodebit: menampilkan menu pendaftaran melalui autodebit sesuai channel/auto debit yang dipilih peserta;
10. Fitur Info riwayat Pembayaran: menampilkan informasi riwayat pembayaran premi dan pembayaran denda pelayanan;
11. Fitur Info Riwayat Pelayanan: menampilkan histori/riwayat pelayanan yang meliputi diagnosa pelayanan, keluhan dan terapi (obat dan non obat) yang diberikan oleh fasilitas kesehatan dan dapat memberikan penilaian terhadap hasil pelayanan yang diberikan;

12. Fitur Konsultasi Dokter: peserta dapat melakukan konsultasi Kesehatan dengan dokter di FKTP terdaftarnya;
13. 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;
14. Fitur Info Virtual Account: menampilkan nomor Virtual Account peserta beserta iuran yang harus dibayarkan tiap bulannya;
15. Fitur Info Program JKN: menampilkan informasi terbaru seputar program JKN-KIS dan BPJS Kesehatan;
16. Fitur Pengaduan Layanan JKN: peserta dapat meminta Informasi dan menyampaikan pengaduan secara tertulis.
17. Fitur REHAB (Cicilan): peserta PBP/MP dapat melakukan pendaftaran program REHAB sehingga dapat membayarkan tunggakan iurannya secara bertahap (cicilan).

Di dalam Aplikasi Mobile JKN terdapat menu kartu berupa KIS Digital yang digunakan sebagai identitas peserta saat membutuhkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, menu berita yang memuat artikel berupa testimoni, tips sehat, gaya, dan berita, serta menu FAQ yang berisi pertanyaan dan jawaban terkait program JKN;

2. BPJS Kesehatan Care Center 165



BPJS Kesehatan Care Center 165 merupakan kanal layanan tanpa tatap muka melalui media telepon dan media sosial yang dapat diakses setiap hari selama 24 (dua puluh empat) jam. Jenis Layanan BPJS Kesehatan Care Center 165:

1. Layanan VIK (Voice Interactive JKN): merupakan menu pilihan yang dapat dipilih peserta saat menghubungi layanan BPJS Kesehatan Care Center 165 melalui mesin penjawab, untuk melakukan pengecekan status peserta dan tagihan iuran;
2. Layanan administrasi antara lain: Pendaftaran PBP/MP, penambahan anggota keluarga, perubahan FKTP (paling cepat sudah terdaftar 3 bulan di FKTP sebelumnya), perubahan kelas perawatan (paling cepat sudah terdaftar 1 tahun dari kelas perawatan sebelumnya dan dalam status peserta aktif), perubahan Identitas (nama, tanggal lahir, jenis kelamin, no hp, email, NIK/Nomor KK, nama bayi), dan perubahan jenis kepesertaan;
3. Layanan Informasi dan penyampaian pengaduan langsung terkait program JKN; dan
4. Layanan Informasi dan Pengaduan Langsung melalui Media Sosial (Facebook, X / Twitter, Instagram, Youtube dan TikTok).

3. PANDAWA(Pelayanan Administrasi Melalui Whatsapp)



kanal layanan tanpa tatap muka dengan menggunakan media Whatsapp di nomor 08118165165 untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan informasi, permintaan administrasi kepesertaan dan pengaduan BPJS Kesehatan.

Jenis Layanan dalam Pandawa:

a. Administrasi

1. Pendaftaran Baru: layanan administrasi untuk Pendaftaran baru peserta PNS/TNI/POLRI, WNA dan PBP/MP.
2. Penambahan Anggota Keluarga: layanan administrasi untuk Penambahan anggota keluarga PNS/TNI/POLRI dan Pensiunan/Veteran, PBI APBN (khusus bayi baru lahir), dan PBP/MP.
3. Pengaktifan Kembali Status Kepesertaan: layanan administrasi untuk pindah jenis peserta non aktif menjadi PBP/MP, anak kurang 21 (dua puluh satu) tahun masih kuliah, registrasi ulang, registrasi ulang bayi berusia kurang 3 (tiga) bulan melengkapi NIK, WNI Kembali dari luar negeri, dan data ganda.
4. Perubahan/Perbaikan Data: layanan administrasi untuk perubahan identitas (NIK, nomor KK, nama, tanggal lahir, jenis kelamin dan Alamat) nomor handphone, dan golongan serta gaji (PNS/TNI/POLRI);
5. Ubah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Bagi TNI/POLRI dan Pindah Domisili Kurang Dari 3 (tiga) bulan: layanan administrasi untuk ubah fasilitas kesehatan tingkat pertama (TNI/POLRI) dan ubah FKTP sebelum 3 (tiga) bulan.
6. Pengurangan Anggota Keluarga: layanan administrasi untuk pelaporan peserta meninggal dunia, pembaharuan KK (KK baru atau pisah KK) dan pelaporan WNI pergi keluar negeri.
7. Perubahan Kelas Rawat: layanan administrasi untuk melakukan perubahan kelas rawat bagi peserta PBP/MP.
8. Pengaktifan Kembali Nomor Pembayaran iuran yang Telah Lewat Masa Bayar: layanan administrasi untuk mengaktifkan nomor pembayaran iuran yang telah lewat tanggal pembayaran yang tertera pada Virtual Account.

b. Informasi

1. Cek Status Kepesertaan: Menu cek status peserta merupakan layanan informasi status kepesertaan program JKN yang menampilkan data nama peserta, segmen kepesertaan dan status kartu.
2. Cek Status Pembayaran: Menu cek status tagihan iuran merupakan layanan informasi yang menampilkan data jumlah

tagihan peserta.

3. Cek Virtual Account: Menu cek Virtual Account merupakan layanan Informasi yang menampilkan nomor Virtual Account yang dapat digunakan untuk pembayaran melalui kanal pembayaran resmi BPJS Kesehatan.
4. Skrining Kesehatan: Menu skrining kesehatan merupakan layanan skrining riwayat kesehatan peserta.
5. Info JKN: Menu Info JKN merupakan layanan informasi terkait program JKN.
6. Panduan layanan: Menu Panduan Layanan Merupakan Layanan informasi prosedur dan ketentuan pelaksanaan program JKN-KIS dalam bentuk Ebook.
7. Cari Lokasi: menampilkan informasi alamat kantor BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

c. Pengaduan

Menu Pengaduan merupakan layanan Informasi berisi tautan formulir pengaduan dan permintaan informasi peserta.

4. Aman JKN



Anjungan Mandiri JKN (AMAN JKN) adalah sebuah perangkat yang berfungsi untuk membantu peserta dalam mendapatkan layanan informasi dan administrasi kepesertaan secara mandiri (self service).

Jenis Layanan dalam BPJS Aman JKN:

- a. Status Peserta;
- b. Tagihan Iuran;
- c. Virtual Account;
- d. Info JKN;
- e. Cari Lokasi; dan
- f. Administrasi Kepesertaan (perubahan FKTP, perubahan kelas rawat, dan layanan administrasi lainnya).

5. BPJS KELILING

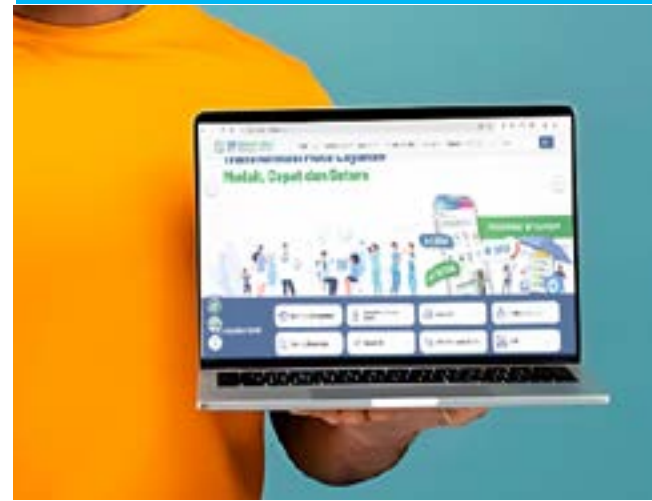


BPJS Keliling merupakan kanal layanan tatap muka dengan menggunakan kendaraan roda empat dilengkapi dengan infrastruktur pendukung operasional layanan peserta yang mengusung konsep “jemput bola”, untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan administrasi kepesertaan, pengecekan dan pembayaran iuran, serta informasi dan penyampaian pengaduan langsung yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan.

Jenis Layanan dalam BPJS Keliling:

1. Pendaftaran Peserta PPU/BP/PPU Penyelenggara Negara/PBPU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah;
2. Perubahan data peserta: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor handphone, alamat email serta kelas perawatan;
3. Pencetakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) diutamakan untuk peserta PBI JK, BPBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dan Peserta JKN-KIS yang belum memiliki NIK atau NIKnya belum padan Dukcapil;
4. Pembayaran iuran program JKN-KIS;
5. Informasi seputar program JKN-KIS, penggunaan NIK sebagai identitas peserta JKN-KIS, penggunaan KIS Digital, jumlah tagihan, data peserta dan keluarganya, serta registrasi aplikasi Mobile JKN; dan
6. Penyampaian pengaduan, saran, dan aspirasi.

6. Website BPJS Kesehatan



Merupakan kanal layanan tanpa tatap muka berbasis web yang dapat diakses secara publik oleh Peserta/Calon Peserta yang memfasilitasi layanan administrasi, pemberian informasi dan penanganan pengaduan. Layanan yang dapat diakses melalui jaringan internet dalam bentuk Website yang dapat diakses pada alamat www.bpjs-kesehatan.go.id.

Jenis Layanan dalam Website BPJS Kesehatan:

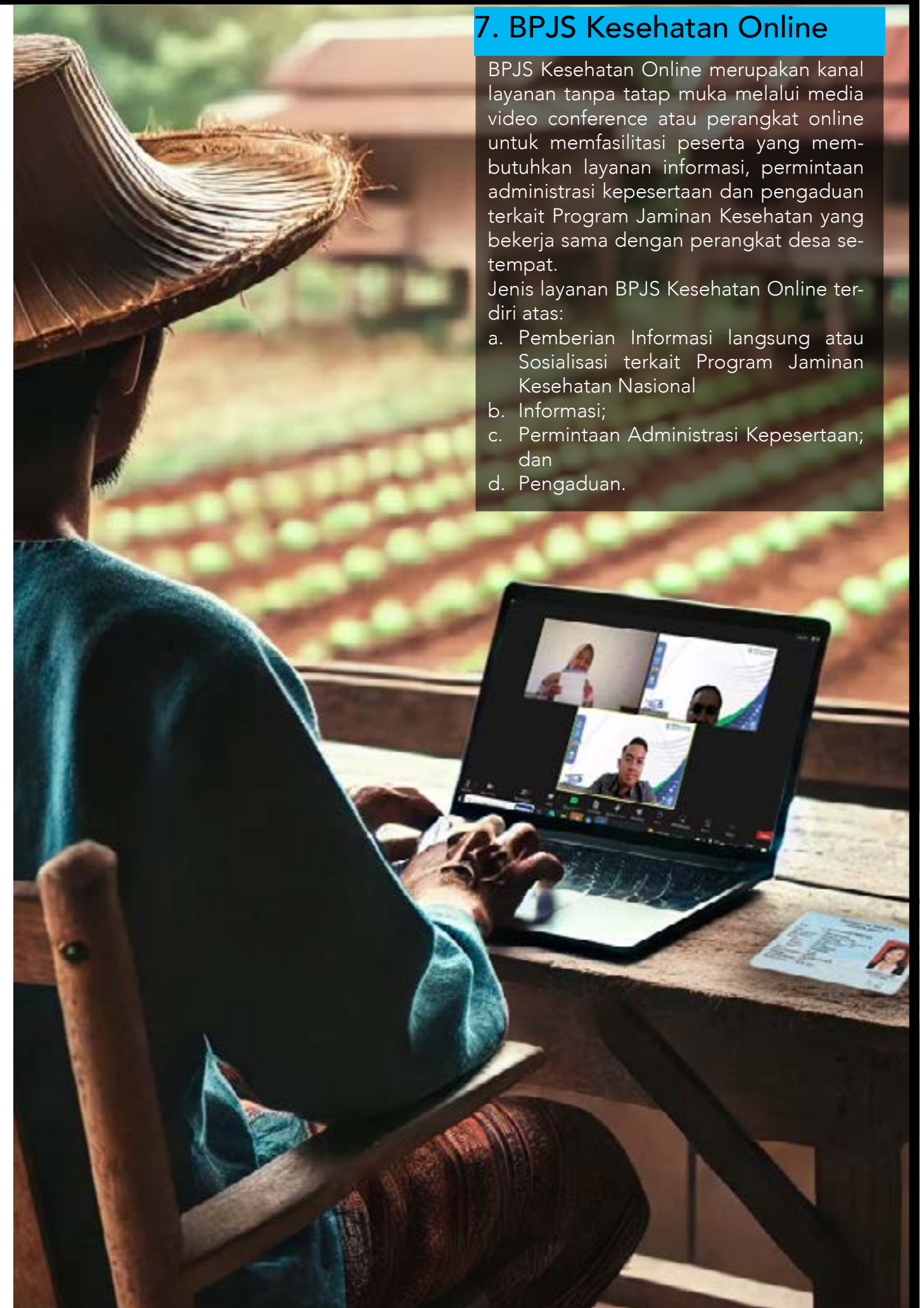
1. Registrasi Peserta PPU Badan Usaha;
2. Informasi seputar program JKN yang terdiri dari panduan layanan bagi peserta JKN-KIS, informasi alamat Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia, informasi Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
3. Fitur skrining riwayat kesehatan berisi pertanyaan dan pernyataan terkait riwayat kesehatan. 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 tersebut. Skrining hanya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali;
4. Registrasi atau pendaftaran autodebit;
5. Penyampaian informasi, pengaduan, saran, dan aspirasi.

7. BPJS Kesehatan Online

BPJS Kesehatan Online merupakan kanal layanan tanpa tatap muka melalui media video conference atau perangkat online untuk memfasilitasi peserta yang membutuhkan layanan informasi, permintaan administrasi kepesertaan dan pengaduan terkait Program Jaminan Kesehatan yang bekerja sama dengan perangkat desa setempat.

Jenis layanan BPJS Kesehatan Online terdiri atas:

- a. Pemberian Informasi langsung atau Sosialisasi terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional
- b. Informasi;
- c. Permintaan Administrasi Kepesertaan; dan
- d. Pengaduan.



8. Mal Pelayanan Publik



Merupakan kanal layanan tatap muka dengan menggunakan konsep layanan dalam satu gedung untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan administrasi kepesertaan, pengecekan dan pembayaran iuran, serta informasi dan penyampaian pengaduan langsung yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan. Mal Pelayanan Publik terintegrasi dengan sistem pelayanan publik terpadu milik Pemerintah Pusat/Daerah.

Jenis Layanan dalam Mal Pelayanan Publik:

1. Pendaftaran Peserta PBU/BP/PPU Penyelenggara Negara/PBU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah;
2. Perubahan data peserta: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor handphone, alamat email serta kelas perawatan;
3. Pencetakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) diutamakan untuk peserta PBI JK, PBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dan Peserta JKN-KIS yang belum memiliki NIK atau NIKnya belum padan Dukcapil;
4. Pembayaran iuran program JKN-KIS;
5. Informasi seputar program JKN-KIS, jumlah tagihan, data peserta dan keluarganya, serta registrasi aplikasi Mobile JKN; dan
6. Penyampaian pengaduan, saran, dan aspirasi.

9. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

BPJS Kesehatan memiliki 126 Kantor Cabang dan 388 Kantor Kabupaten/Kota yang dapat melayani peserta JKN-KIS di seluruh wilayah di Indonesia, setiap hari Kerja (Senin sampai dengan Jum'at), pukul 08.00 – 15.00 waktu setempat.



126
Kantor Cabang



388
Kantor Kabupaten/Kota

Pendaftaran Peserta JKN-KIS

Proses administrasi pendaftaran pada setiap kanal layanan administrasi dilakukan dengan ketentuan:

- 1. Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE);
- 2. Melengkapi persyaratan administrasi sesuai dengan layanan yang dibutuhkan pada masing-masing jenis kepesertaan; dan
- 3. Memberikan persetujuan layanan administrasi.

Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBI JK?

Pendaftaran peserta PBI JK dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI kepada BPJS Kesehatan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Sosial tentang Surat Penetapan dan Perubahan Data PBI JK yang dilakukan melalui pendataan oleh Dinas Sosial Kabupaten/Kota

Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta dari Penduduk Yang Didaftarkan oleh Pemerintah Daerah?

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Pemerintah Daerah, yang selanjutnya didaftarkan kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan perjanjian kerja sama antara Pemerintah Kabupaten/Kota dengan BPJS Kesehatan.

Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Penyelenggara Negara?

Pendaftaran dilakukan secara kolektif oleh PIC satuan kerja (satker) dan dapat juga dilakukan secara perorangan.

- 1. Syarat pendaftaran apabila pendaftaran dilakukan secara perorangan yaitu dengan menunjukkan:
 - a. Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga;
 - b. SK Kepangkatan/pengangkatan terakhir dari Kementerian/Lembaga/Kepala Dinas (jika ada perubahan);
 - c. Daftar slip gaji terakhir yang mencantumkan gaji pokok dan tunjangan dari unit kerja;
 - d. Penetapan Pengadilan Negeri untuk anak angkat (jika belum tercantum dalam Kartu Keluarga);
 - e. Surat keterangan dari sekolah/ Perguruan Tinggi (bagi anak usia di atas 21 tahun s.d. 25 tahun) yang berlaku 1 (satu) tahun; atau bukti pembayaran uang pendidikan yang masih berlaku sampai dengan bulan pengaktifan.

- 2. Pendaftaran diutamakan secara kolektif dilakukan melalui registrasi entitas satuan kerja oleh masing-masing PIC satuan kerja dengan mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) atau Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE).

Khusus untuk kepesertaan dari Kepala Desa dan Perangkat Desa proses pendaftaran dan perubahan data dilakukan secara kolektif oleh penanggung jawab Pemerintah Daerah melalui sistem informasi yang telah disediakan oleh BPJS Kesehatan.

Masa berlaku kepesertaan mengikuti periode masa jabatan Kepala Desa dan Perangkat Desa,/ masa bakti DPRD/masa kerja PPPK.

Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Selain Penyelenggara Negara (BUMN, BUMD dan BU Swasta)?

Pendaftaran dapat dilakukan secara kolektif oleh pemberi kerja/PIC masing-masing Badan Usaha melalui sistem informasi yang telah disediakan oleh BPJS Kesehatan atau dengan cara melengkapi Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE) yang diisi sesuai ketentuan yang berlaku dan disahkan oleh pimpinan perusahaan untuk dimigrasikan di Kantor BPJS Kesehatan.

1. Syarat pendaftaran Badan Usaha antara lain:

No	Nama Badan Usaha/ Badan Hukum Lainnya	Dasar Verifikasi Badan	NPWP Registrasi
1	Perseroan Terbatas (PT)	NIB/Surat Izin Usaha/ Tanda Daftar Perusa- haan	Badan
2	Firma	NIB/Surat Izin	Badan/Perorangan
3	CV	NIB/Surat Izin	Badan/Perorangan
4	Usaha Mikro Kecil	NIB/Surat Izin Usaha Mikro Kecil/Surat Izin lainnya sesuai ke- bijakan Pemerintah Setempat	Badan/ Perorangan
5	Perusahaan Asing	NIB/MOU/PKS dengan Pemerintah	Badan
6	Yayasan	Akte Yayasan	Badan
7	LSM	Akte Yayasan	Badan
8	LSM Asing	MOU/PKS dengan Pemerintah	Badan
9	Rumah Ibadah Asosiasi/	Akte Pendirian	-
10	Organisasi Lain	Akte Pendirian	-

- Catatan:
- a. NIB: Nomor Induk Berusaha;
 - b. Badan Usaha baru yang sedang mengurus izin operasional dapat melampirkan Akta Pendirian Badan Usaha; dan
 - c. Bagi Badan Usaha yang sedang memperpanjang izin operasional dapat melampirkan izin operasional lama.

Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBPU/BP Selain Penyelenggara Negara?

- Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif.
- 1. Syarat pendaftaran apabila pendaftaran dilakukan secara perorangan yaitu dengan menunjukkan:
 - a. Kartu Tanda Penduduk atau Kartu Keluarga;
 - b. Buku tabungan Bank yang melayani autodebit BNI, BRI, BTN, Mandiri dan BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung);
 - c. Paspor dan surat izin kerja yang diterbitkan instansi berwenang bagi Warga Negara Asing;
- Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
- 4. Pendaftaran secara kolektif dimungkinkan untuk Mahasiswa dari Perguruan tinggi atau lembaga sejenis, Siswa/santri dari Sekolah/ Pesantren atau lembaga sejenis, Saksi dan Korban dalam Perlindungan Lembaga Hukum, Penghuni Lembaga Perumahan Masyarakat, Negara, Panti Sosial, Lembaga atau Badan Amal, Lembaga/ Yayasan atau Badan Sosial, Koperasi Berbadan Hukum serta Program CSR Badan Usaha dengan cara melengkapi Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE) yang diisi sesuai ketentuan yang berlaku untuk dimigrasikan di Kantor BPJS Kesehatan.



Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara?

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif. Syarat pendaftaran meliputi:

No	Dokumen	PP Pejabat Negara	PP PNS Pusat/Daerah	PP TNI	PP POLRI	Printis Kemerdekaan	Veteran
1	KTP	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Kartu Keluarga	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Surat Tanda Bukti Penerima Pensiun (KARIP)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Surat Tanda Bukti Penerima Pensiun atau Kartu Tanda Peserta (ASABRI)	✓	✓	✓	✓	✗	✗
5	Piagam Petikan SK Pengesahan Gelar Kehormatan Veteran	✗	✗	✗	✗	✓	✓
6	Surat Keputusan Janda/Duda/ Anak Yatim/Piatu/Anak Yatim Piatu	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Surat Keterangan dari Sekolah/Perguruan Tinggi(Bagi anak lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun atau bukti pembayaran uang pendidikan yang masih aktif berlaku sampai dengan bulan pengaktifan	✓	✓	✓	✓	✓	✓



Bagaimana Mendaftarkan Bayi Baru Lahir?

Ketentuan umum administrasi kepesertaan bagi bayi baru lahir antara lain:

1. Bayi baru lahir dari Peserta JKN-KIS 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-KIS wajib melakukan pemutakhiran data NIK Padan Dukcapil paling lambat 3 (tiga) bulan sejak dilahirkan;
4. Pendaftaran bayi yang berusia lebih dari 3 (tiga) bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil; dan
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.

Mekanisme administrasi pendaftaran bayi baru lahir sebagai peserta JKN-KIS mengacu pada ketentuan masing-masing jenis kepesertaan yaitu:

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.

PBPU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah, mengacu kepada Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Daerah.

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/Fasilitas Kesehatan pada saat bayi dilahirkan.

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

- a. Menunjukkan nomor JKN dan data kependudukan ibu;
- b. Surat keterangan kelahiran dari Bidan/RS/Fasilitas Kesehatan atau tenaga penolong persalinan; dan
- c. Bayi baru lahir yang berusia lebih dari 3 (tiga) 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. 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/Penangguna); dan
- d. Melakukan perubahan data bayi selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan setelah kelahiran yang meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, dan NIK.

Perubahan Data Peserta JKN

Perubahan data peserta JKN-KIS meliputi 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 Jenis Kepesertaan?

Status kepesertaan dapat berubah untuk menjamin keberlanjutan kepesertaan. Perubahan status kepesertaan tersebut tidak menghapuskan kewajiban Peserta, Pemberi Kerja, atau Pemerintah Daerah untuk melunasi tunggakan iuran paling lama 6 (enam) bulan sejak status kepesertaan berubah.

Proses administrasi pada setiap kanal layanan administrasi dilakukan dengan ketentuan:

1. Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) atau Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE);
2. Melengkapi persyaratan administrasi sesuai dengan layanan yang dibutuhkan pada masing-masing jenis kepesertaan; dan
3. Memberikan persetujuan layanan administrasi.

Perubahan jenis kepesertaan berlaku sesuai ketentuan matrik mutasi jenis kepesertaan.

Perubahan jenis kepesertaan dapat dilakukan oleh seluruh segmen peserta JKN:

1. Peserta PBI JK/ PBPU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah menjadi peserta PBPU/BP.

Peserta dapat merubah jenis kepesertaan dengan mengikuti ketentuan persyaratan dan melengkapi:

- a. Kartu Tanda Penduduk atau Kartu Keluarga;
- b. Buku rekening tabungan BNI, BRI, BTN, Mandiri dan BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/penanggung);
- c. Peserta PBI JK aktif yang beralih menjadi peserta PBPU/BP pada bulan berjalan, maka pembayaran iuran dibayarkan pada tanggal 1 (satu) bulan

berikutnya dan status kepesertaan sebagai PBPU/BP akan aktif sejak iuran dibayarkan, apabila iurannya tidak dibayarkan setelah melewati 1 (satu) bulan, maka diberlakukan proses administrasi menunggu 14 (empat belas) hari.

2. Peserta PPU menjadi Peserta PBPU/BP ; Peserta yang sudah tidak ditanggung oleh pemberi kerja karena berakhirnya hubungan kerja wajib berpindah status menjadi peserta PBPU/BP.

Adapun syarat perubahan jenis kepesertaan:

- a. Pekerja berhenti sebagai PPU yang ditunjukkan dengan status peserta dinonaktifkan oleh Badan Usaha atau menunjukkan dokumen PHK;
- b. Peserta PPU yang beralih menjadi Peserta PBPU/ BP pada bulan berjalan sebelum dinonaktifkan, maka pembayaran iuran baru dapat dibayarkan pada tanggal 1 (satu) bulan berikutnya dan status kepesertaan sebagai PBPU/BP akan aktif sejak iuran dibayarkan;
- c. Ketentuan peralihan menjadi PBPU BP:
 - 1) Tidak dikenakan masa administrasi 14 (empat belas) hari jika peserta membayar iuran dalam N+1 sejak dinonaktifkan;
 - 2) Tidak dikenakan masa administrasi 14 hari jika peserta membayar iuran lebih dari N+1 atas kewajiban iuran sejak dinonaktifkan; atau
 - 3) Dikenakan administrasi 14 (empat belas) hari jika peserta membayar iuran lebih dari N+1 atas kewajiban iuran pada bulan berjalan.
- d. Melengkapi persyaratan sebagai berikut:
 - 1) Kartu Tanda Penduduk atau Kartu Keluarga;

- 2) Buku rekening tabungan BNI, BRI, BTN, Mandiri dan BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/penanggung).

3. Peserta PBPU, PBI JK dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah menjadi peserta PPU
 - a. Badan UsaHa melakukan perubahan jenis kepesertaan pekerja melalui sistem informasi yang telah disediakan oleh BPJS Kesehatan;
 - b. Perubahan status kepesertaan menjadi Peserta PPU mengikuti mekanisme cut off kepesertaan BPJS Kesehatan beserta jumlah anggota keluarga yang ditanggung PPU sesuai dengan ketentuan;
 - c. Dalam hal jumlah anggota keluarga tertanggung melebihi hak peserta sebagai peserta PPU, maka anggota keluarga lainnya yang terdiri dari anak ke-4 dan seterusnya:
 1. Didaftarkan melalui Badan Usaha sebagai keluarga tambahan dengan besaran iuran sebesar 1% dari gaji atau upah Peserta Pekerja Penerima Upah per orang per bulan (dengan melengkapi surat kuasa pemotongan gaji);
 2. Didaftarkan sebagai Peserta PBPU; atau
 3. Tetap menjadi Peserta PBI JK/PBPU dan BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.
 - d. Menyerahkan surat keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak usia lebih dari 21 tahun s.d. 25 tahun yang masih sekolah/kuliah) atau bukti pembayaran uang pendidikan yang masih berlaku sampai dengan bulan pengaktifan.

4. Peserta PPU menjadi PPU

Peserta PPU dialihkan menjadi PPU lainnya berdasarkan surat pengantar pendaftaran dari Pimpinan Perusahaan yang baru. Dalam hal Pemberi Kerja selain penyelenggara negara menunggak iuran maka perubahan jenis kepesertaan PPU menjadi peserta lainnya tetap dapat dilakukan.

5. Peserta PPU Penyelenggara Negara menjadi BP Penyelenggara Negara

Peserta PPU Penyelenggara Negara yang sudah tidak aktif karena pensiun, berpindah status menjadi peserta BP Penyelenggara Negara. Adapun persyaratan sebagai berikut:

- a. Surat tanda bukti penerima pensiun/KARIP;
- b. Surat Keputusan Janda/ Duda/ Anak yatim/Anak Piatu atau yatim piatu; dan
- c. Surat keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak usia lebih dari 21 tahun s.d. 25 tahun yang masih sekolah/kuliah) atau bukti pembayaran uang pendidikan yang masih berlaku sampai dengan bulan pengaktifan.



Bagaimana Melakukan Perubahan Tambah/Kurang Peserta Dan Anggota Keluarga?

Perubahan Data Kepesertaan meliputi penambahan peserta dan anggota keluarga mengacu perubahan status perkawinan/susunan keluarga pada Data Kependudukan.

Proses administrasi pada setiap kanal layanan administrasi dilakukan dengan ketentuan:

1. Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) atau Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE);
2. Melengkapi persyaratan administrasi sesuai dengan layanan yang dibutuhkan pada masing-masing jenis kepesertaan; dan
3. Memberikan persetujuan layanan administrasi.

Sedangkan pengurangan peserta dan anggota keluarga terdiri peserta meninggal dunia, atau perceraian, dengan mekanisme berbeda sesuai jenis kepesertaan.

1. Peserta Meninggal Dunia

- a. Sumber data peserta meninggal didapatkan oleh BPJS Kesehatan melalui:
 - 1) Pemberi Kerja untuk Peserta PPU dan anggota keluarga;
 - 2) Pemerintah Daerah;
 - 3) Peserta dan anggota keluarga yang tercantum dalam Kartu keluarga atau ahli waris dengan menunjukkan surat kematian dari instansi yang berwenang;
 - 4) Rekomendasi Auditor/ temuan data/ hasil pemadanan dengan Kementerian/ Lembaga Pemilik Data;
 - 5) Peserta meninggal di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama; dan
 - 6) Hasil spot check penerimaan KIS yang dilengkapi dengan akta kematian/surat keterangan meninggal oleh RT/RW/Kelurahan/Kantor Desa/ pejabat berwenang setempat
- b. Kewajiban pembayaran iuran atas Peserta yang meninggal dilaksanakan sampai dengan bulan Peserta meninggal.

Bagaimana Melakukan Perubahan Data Kependudukan?

Perubahan data kependudukan pada identitas peserta JKN-KIS yang meliputi data NIK, Nama, Tanggal Lahir, dan Jenis Kelamin. Peserta melaporkan data kependudukan melalui kanal layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, dengan persyaratan:

1. Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) atau Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE);
2. Melengkapi persyaratan administrasi sesuai dengan layanan yang dibutuhkan pada masing-masing jenis kepesertaan; dan
3. Memberikan persetujuan layanan administrasi.

Bagaimana Melakukan Perubahan Alamat?

Peserta melaporkan perubahan alamat melalui kanal layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, dengan menunjukkan Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga.

Bagaimana Melakukan Perubahan Domisili, Nomor Handphone dan Alamat Email?

Peserta melaporkan perubahan domisili, nomor handphone dan alamat email melalui kanal layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.



Bagaimana Melakukan Perubahan Kelas Rawat?

Peserta dapat melakukan perubahan kelas rawat melalui kanal layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan yang dikelompokkan berdasarkan jenis kepesertaan.

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) Perubahan gaji/upah yang dilakukan pada bulan berjalan, maka kelas perawatan baru akan berlaku pada bulan selanjutnya;
- 4) Penyesuaian hak kelas rawat bagi PPU Penyelenggara Negara berlaku sejak perubahan data golongan/pangkat pada data Masterfile BPJS Kesehatan.

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 Buku rekening tabungan BNI, BRI, BTN, Mandiri dan BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung).

Bagaimana Melakukan Perubahan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)?

Peserta dapat melakukan perubahan FKTP melalui kanal layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan dengan ketentuan:

1. Perubahan FKTP dapat dilakukan paling cepat 3 (tiga) bulan sejak peserta terdaftar di FKTP sebelumnya, dan mulai berlaku pada tanggal 1 (satu) pada bulan berikutnya. Jika perubahan FKTP dilakukan pada bulan berjalan maka peserta tetap dilayani di FKTP sebelumnya
2. Adapun persyaratan sebagai berikut:
 - a. Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) atau Formulir Daftar Isian Peserta Elektronik (FDIPE);
 - b. Menunjukkan KTP atau Kartu Keluarga; dan
 - c. Memberikan persetujuan layanan administrasi.
3. Peserta dapat melakukan perubahan FKTP kurang dari 3 (tiga) bulan jika:
 - a. Peserta pindah domisili yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili;
 - b. Peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan/Pendidikan/sekolah yang dibuktikan dengan surat keterangan penugasan atau pelatihan;
 - c. Karena proses redistribusi (pemindahan Peserta pada FKTP yang belum merata) dan/ atau peserta tersebut ingin kembali terdaftar di FKTP sebelumnya.

IURAN PESERTA

Iuran JKN-KIS adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur setiap bulannya kepada BPJS Kesehatan baik dari peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program JKN-KIS.

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 Peserta Non PBI adalah sebagai berikut:
 - a. Iuran bagi peserta PBPU dan BP selain Penyelenggara Negara dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta dengan besaran iuran sebagai berikut:
 1. Besaran iuran untuk Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas I adalah sebesar Rp150.000,00 per orang per bulan.
 2. Besaran iuran untuk Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas II adalah sebesar Rp100.000,00 per orang per bulan;
 3. Besaran iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas III diatur dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Sebesar Rp35.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta;
 - b. Sebesar Rp7.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai Bantuan iuran kepada Peserta PBPU dan BP;
 - c. Iuran sebesar Rp35.000,00 bagi Peserta PBPU dan BP yang merupakan bagian dari yang dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain, dapat dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagian atau seluruhnya;
 - d. Bantuan iuran kepada Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III diberikan kepada Peserta PBPU dan Peserta BP dengan status kepesertaan aktif;
3. Besaran iuran Peserta BP Penyelenggara Negara adalah 5% (lima persen) dari upah dengan rincian:
 - a. Penerima Pensiun
 - 1) 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemerintah Pusat; dan
 - 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 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, dibayar oleh Pemerintah Pusat.
 - c. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Penyelenggara Negara dan Bukan Penyelenggara Negara, iurannya sebesar 5% dari upah dengan rincian:
 - 1) 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - 2) 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. Bagi PPU Bukan Penyelenggara Negara (Swasta) upah adalah gaji pokok ditambah tunjangan tetap.

Untuk dasar perhitungan iuran PPU Penyelenggara Negara dan Bukan Penyelenggara Negara ditetapkan batas paling tinggi gaji atau upah per bulan sebesar Rp.12.000.000,00, dan batas paling rendah sebesar Upah Minimum Kabupaten/Kota, atau Upah Minimum Provinsi dalam hal tidak ditetapkan Upah Minimum Kabupaten/Kota.

Apa Yang Dimaksud Nomor Virtual Account (VA) ?

Nomor Virtual Account (VA) adalah nomor identifikasi peserta yang disediakan oleh BPJS Kesehatan sebagai rekening tujuan bank/non bank dalam pembayaran iuran Jaminan 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 bekerjasama 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:
 - a. Pembayaran iuran dilakukan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) 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 bekerjasama (bagi yang telah memiliki rekening Bank) maupun Non-Bank berupa uang elektronik yang telah bekerjasama (bagi yang tidak memiliki rekening Bank) sebagai alternatif pembayaran iuran.
 - i. Pendaftaran dan pembayaran iuran melalui auto debit pada Bank yang bekerjasama 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 vvvv(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 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan;
 - b. Apabila peserta tidak mendaftarkan bayi paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan maka pada saat bayi didaftarkan pembayaran dihitung sejak bayi dilahirkan.
6. Kanal Pembayaran iuran BPJS Kesehatan berjumlah 960.515 titik yang tersebar pada PPOB tradisional, Modern Channel, E-Commerce/Fintech, dan Perbankan.

KANAL PEMBAYARAN IURAN



Mengapa Iuran Harus Dibayar Secara Rutin?

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

Bagaimana Jika Terlambat Membayar Iuran JKN-KIS?

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; dan
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 Solusi Pembayaran Untuk Tunggakan Iuran JKN-KIS?

REHAB (Rencana Pembayaran Bertahap) Program BPJS Kesehatan yang memberikan solusi pembayaran bagi peserta segmen Peserta Bukan Penerima Upah (PBBU), Bukan Pekerja (BP), dan Badan Usaha yang memiliki tunggakan iuran secara bertahap.

Syarat pendaftaran REHAB PBBU dan BP:

1. Peserta PBBU memiliki tunggakan lebih dari 3 (tiga) bulan (4-24 bulan).
2. Peserta melakukan registrasi keikutsertaan dalam program REHAB.
3. Pendaftaran dapat dilakukan sampai dengan tanggal 28 (dua puluh delapan) bulan berjalan (kecuali bulan Februari pendaftaran s.d. tanggal 27).
4. Maksimal periode pembayaran bertahap adalah 12 (dua belas) tahapan.

Ketentuan REHAB PBBU dan BP:

1. Keikutsertaan Dalam REHAB memperhitungkan 1 (satu) KK.
2. Status kepesertaan aktif Kembali Ketika seluruh tunggakan & iuran bulan berjalan telah lunas
3. Pembayaran keikutsertaan REHAB paling cepat 1 (satu) jam setelah melakukan pendaftaran dan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
4. Percepatan pelunasan tunggakan dapat dilakukan (terdapat fitur Pelunasan Menu REHAB pada MJKN).

Pendaftaran REHAB PBBU dan BP dapat dilakukan melalui:

1. Mobile JKN;
2. Care Center 165; dan
3. Kantor Cabang.



Syarat pendaftaran REHAB Badan Usaha :

1. Badan Usaha mengalami kesulitan finansial sehingga memiliki tunggakan lebih dari 2 (dua) bulan (3-24 bulan)
2. Badan Usaha menyatakan tidak mampu membayar Tunggakan iuran secara sekaligus, namun masih sanggup membayar secara bertahap, dibuktikan dengan Surat Pernyataan yang dilampiri bukti pendukung berupa laporan keuangan dan/atau rekening koran bank atau catatan penerimaan dan pengeluaran dana, atau surat dukungan atau referensi dari pihak lain;
3. Telah lulus verifikasi dan analisa keuangan; dan
4. Telah menandatangani Kesepakatan Pembayaran Tunggakan iuran Jaminan Kesehatan Secara Bertahap.

Ketentuan REHAB Badan Usaha:

1. Jumlah tunggakan yang dapat dibayarkan melalui mekanisme pembayaran secara bertahap adalah sebesar nominal yang telah disepakati.
2. Jangka waktu tahapan pembayaran tunggakan iuran diberikan paling lama 12 (dua belas) bulan sejak Kesepakatan Pembayaran Tunggakan iuran Bertahap ditandatangani.
3. Pembayaran tahapan tunggakan iuran pertama kali dilaksanakan paling lambat 7 (tujuh) hari sejak Kesepakatan.
4. Aktivasi status kepesertaan dilakukan setelah Badan Usaha melunasi tunggakan iuran sampai dengan bulan berjalan.
5. Selama pembayaran tunggakan iuran dan kewajiban iuran bulan berjalan belum dilunasi, status kepesertaan Badan Usaha tidak aktif dan peserta tidak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan.

Pendaftaran REHAB Badan Usaha dapat dilakukan melalui Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

Apa yang Dimaksud Denda Pelayanan?

Denda pelayanan merupakan sanksi yang diterima peserta JKN-KIS karena keterlambatan pembayaran iuran dan menjalani rawat inap dalam kurun waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali.

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.

Ketentuan pembayaran denda dikecualikan untuk:

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
2. Peserta PBBU dan Peserta BP yang lurannya seluruhnya dibayar oleh Pemerintah Daerah.

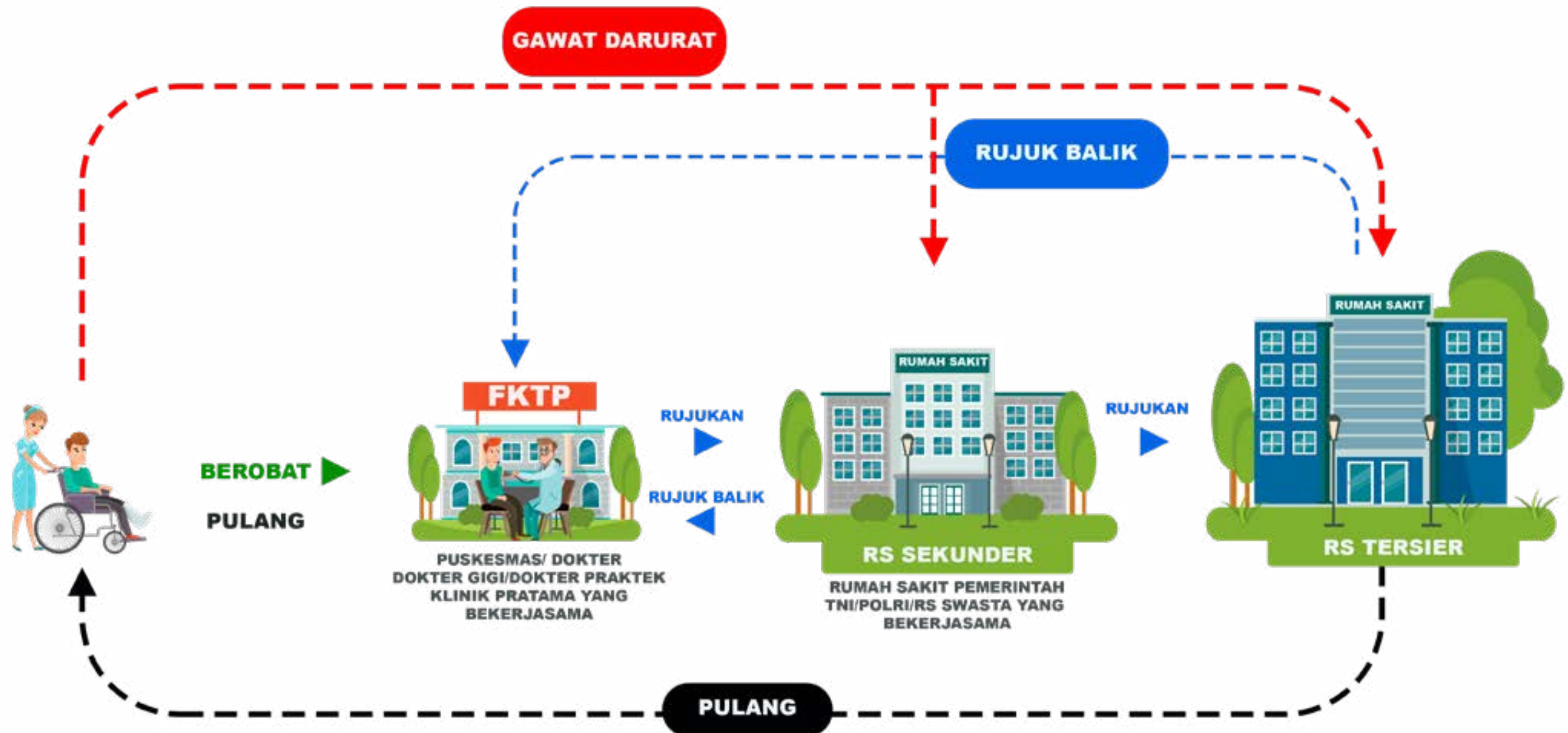
MANFAAT DAN PROSEDUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN

Manfaat adalah faedah/benefit jaminan sosial kesehatan yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, pelayanan gawat darurat serta pelayanan ambulans darat dan air.

"Bagaimana Prosedur Untuk Mendapatkan Jaminan Pelayanan Kesehatan?"

Apa Yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?



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. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas);
 - b. Tempat Praktik Mandiri Dokter;
 - c. Tempat Praktik Mandiri 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 bekerjasama langsung dengan BPJS Kesehatan yang terdiri dari:
 - a. Apotek PRB; dan
 - b. Laboratorium.

Apa Saja Jenis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dengan manfaat yang ditanggung serta prosedur pelayanan sebagai berikut:

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

A. Manfaat yang ditanggung

1. Pelayanan promotif preventif:

- Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
- Pelayanan imunisasi rutin sesuai ketentuan. Adapun vaksin untuk imunisasi rutin disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah;
- Keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi bekerjasama dengan BKKBN. Adapun Alat dan obat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN;
- Skrining riwayat kesehatan yang dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali melalui Aplikasi Mobile JKN atau Website BPJS Kesehatan;
- Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu; dan
- Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis.

2. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif mencakup:

- Administrasi pelayanan;
 - Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif; dan
 - Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.
- Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
 - Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.

B. Prosedur 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;
- Peserta datang ke FKTP tempat Peserta terdaftar dengan menunjukkan identitas peserta JKN atau NIK (pastikan status kepesertaan aktif);
- Peserta memperoleh pelayanan kesehatan dari FKTP;
- Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan;
- Apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/ sub spesialis sesuai indikasi medis, FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerjasama 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.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

A. Manfaat yang ditanggung

- Administrasi pelayanan;
- Akomodasi rawat inap;
- Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- Pelayanan persalinan dan neonatal;
- Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
- Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

B. Prosedur pelayanan

- Peserta menunjukkan identitas peserta JKN atau NIK (pastikan status kepesertaan aktif); dan
- Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh FKTP.



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:

- Klinik utama atau yang setara;
- Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta; dan
- Rumah Sakit Khusus.

Selain itu, terdapat Fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri dari: Apotek dan Optik.

Apa Saja Manfaat Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

- Administrasi pelayanan;
- Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis dasar (di unit gawat darurat);
- Pemeriksaan, pengobatan,

dan konsultasi spesialisik/ sub spesialisik;

- Tindakan medis spesialisik/sub spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis;
- Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
- Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai

dengan indikasi medis;

- Rehabilitasi medis;
- Pelayanan darah;
- Pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
- Pelayanan keluarga berencana;
- Perawatan inap nonintensif; dan
- Perawatan inap di ruang intensif;

Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
 - a. Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan menunjukkan (pastikan status kepesertaan aktif):
 01. Identitas peserta JKN atau NIK; dan
 02. Surat rujukan (kecuali kondisi kegawatdaruratan).
 - b. FKRTL menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk pemberian pelayanan kesehatan peserta;
 - c. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Dokter Spesialis lain dengan surat rujukan internal atau FKRTL lain dengan surat rujukan antar FKRTL.
 - d. Apabila atas indikasi medis peserta masih memerlukan perawatan lanjutan di FKRTL, 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 mengikuti prosedur sistem rujukan untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan eksekutif;
 2. 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;
 3. Pelayanan rawat jalan eksekutif han-
 - ya dijamin di FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk pelayanan rawat jalan eksekutif;
 4. Peserta PBI, Peserta dari Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, Peserta Mandiri Kelas III, dan Peserta PPU yang mengalami PHK dan anggota keluarganya tidak diperkenankan memilih pelayanan rawat jalan Eksekutif.
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
 - a. Merupakan tindak lanjut dari pelayanan instalasi gawat darurat FKRTL, dan atau Pelayanan Rawat Jalan di FKRTL atau Rujukan dari FKRTL lain;
 - b. Peserta mendapatkan surat perintah rawat inap dari Dokter di FKRTL;
 - c. Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan menunjukkan Identitas Peserta JKN atau NIK.
 - d. Peserta melengkapi persyaratan administrasi untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk rumah sakit atau sebelum pulang jika waktu rawat inap nya kurang dari 3 (tiga) hari kerja;
 - e. Peserta menandatangani bukti pelayanan setelah mendapatkan pelayanan kesehatan;
 - f. Peserta mendapatkan perawatan pada kelas rawat sesuai haknya.

Bagaimana Penjaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir?

1. Apabila berdasarkan kondisi bayi baru lahir dinilai sakit oleh dokter 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 (segera daftarkan bayi lahir setelah proses persalinan);
3. Jika paling lama 28 (dua puluh delapan) hari iuran belum dibayarkan maka jaminan pelayanan kesehatan dibatalkan sejak bayi baru lahir.

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 (satu) 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?

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

- 1. Peserta PBI, Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, Peserta Mandiri Kelas III, dan Peserta PPU 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:
 - a. Peserta mengikuti prosedur sesuai ketentuan yang berlaku;
 - b. Peserta membayar selisih biaya, 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-CBG kelas 1 dengan tarif kelas di atas kelas 1 Paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif INA-CBG kelas 1
Hak Rawat kelas 2 naik ke kelas di atas kelas 1	Selisih tarif INA-CBG antara kelas 2 dengan kelas 1 ditambah paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif INA-CBG kelas 1

Bagaimana Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Jika Dalam Keadaan Gawat Darurat?

Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi pengertian dan batasan, prosedur pelayanan di Faskes yang bekerja sama maupun tidak bekerja sama, sebagai berikut:

- 1. Pengertian dan batasan
Pelayanan kegawatdaruratan adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya kepada pasien untuk mencegah kematian, keparahan dan/atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan, dengan kriteria sebagai berikut:

- 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.
- Penetapan terpenuhinya kriteria gawat darurat ditetapkan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

- 2. Prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS 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 bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, dilarang meminta atau menarik biaya kepada Peserta;
 - f. Peserta datang ke FKTP atau FKRTL terdekat dengan menunjukan kartu identitas peserta JKN atau NIK tanpa surat rujukan dari FKTP; dan
 - g. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- 3. Prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama:
 - a. Peserta datang ke FKTP atau FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan menunjukan kartu identitas peserta JKN atau NIK dengan status aktif tanpa surat rujukan dari FKTP;
 - b. Fasilitas Kesehatan memastikan kebenaran identitas atau status keaktifan Peserta JKN- KIS dengan melakukan konfirmasi ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan setempat atau BPJS Kesehatan Care Center 165;
 - c. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP atau FKRTL;
 - d. Apabila kondisi kegawatdaruratan pasien sudah teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan, maka FKTP atau FKRTL merujuk pasien ke FKTP atau FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
 - e. Apabila Peserta tidak bersedia untuk dirujuk ke FKTP atau FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan dan Peserta harus menandatangani surat pernyataan bersedia menanggung biaya pelayanan selanjutnya;
 - f. Biaya pelayanan kegawatdaruratan di FKTP atau FKRTL yang tidak bekerjasama ditagihkan langsung oleh FKTP atau FKRTL dan tidak diperkenankan meminta atau menarik biaya kepada peserta.

Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Ambulan?

Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan untuk menjaga kestabilan kondisi dan keselamatan pasien yang meliputi pelayanan ambulan darat dan ambulan air untuk rujukan pada:

- 1. Antar fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - 2. Dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut;
 - 3. Antar fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- Pelayanan ambulan tidak dijamin jika:
- 1. Jemput pasien selain dari fasilitas kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain);
 - 2. Mengantar pasien ke selain fasilitas kesehatan;
 - 3. Rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu fasilitas kesehatan);
 - 4. Mengantar jenazah; dan
 - 5. Pasien rujuk balik rawat jalan.

Adapun prosedur pelayanan ambulan sebagai berikut:

1. Pasien yang mendapatkan pelayanan ambulan adalah pasien yang memerlukan evakuasi ke fasilitas kesehatan lain sesuai indikasi medis dan ketentuan penjaminan ambulan;
2. elayanan ambulan dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau pada kasus kegawatdaruratan dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien;
3. Fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas ambulan dapat langsung memberikan pelayanan ambulan bagi pasien; dan
4. Fasilitas kesehatan yang tidak memiliki fasilitas ambulan, maka fasilitas kesehatan berkoordinasi dengan penyedia ambulan.

Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB)?

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/sub spesialis yang merawat.

Penyakit kronis yang termasuk dalam cakupan PRB adalah

1. diabetes mellitus;
2. hipertensi;
3. penyakit jantung;
4. asma;
5. penyakit paru obstruktif kronik (PPOK);
6. epilepsi;
7. skizofren/gangguan kesehatan jiwa kronik;
8. stroke; dan
9. sindroma lupus eritematosus (SLE).

Untuk mendapatkan manfaat pelayanan Program Rujuk Balik maka Peserta mendaftarkan diri sebagai peserta PRB kepada petugas Rumah Sakit yang mengelola PRB dengan membawa:

1. Surat Rujuk Balik (SRB) dari Dokter Spesialis/ Sub Spesialis yang merawat;
2. Resep obat PRB; dan
3. Hasil pemeriksaan penunjang (jika diperlukan).

Setelah menjadi Peserta PRB, maka peserta datang ke FKTP tempat Peserta terdaftar dengan membawa:

1. Identitas Peserta JKN atau NIK dengan status aktif
2. SRB dan resep/copy resep obat PRB;
3. Buku pemantauan Peserta PRB-Prolanis (bagi yang sebelumnya telah mendapatkannya).

Selanjutnya Peserta akan mendapatkan obat untuk kebutuhan paling banyak 30 (tiga puluh) hari di Apotek PRB/ruang farmasi Puskesmas/Instalasi Farmasi Klinik Pratama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk memberi pelayanan obat PRB.

Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Alat Bantu Kesehatan?

Penjaminan alat kesehatan oleh BPJS Kesehatan meliputi jenis dan nilai ganti serta prosedur pelayanannya.

1. Jenis alat kesehatan dan nilai ganti:

No	Nama Alat Kesehatan	Nilai Ganti	Keterangan
1	Kacamata	EKRTI : Kelas 3: Rp165.000,00 Kelas 2: Rp220.000,00 Kelas 1: Rp330.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali 2. Indikasi medis minimal -Sferis 0,5D -Silindris 0,25D 3. Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis mata
2	Alat Bantu Dengar	EKRTI : Maksimal Rp1.100.000,00	1. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahu - sekali atas indikasi medis tanpa membedakan satu/ dua telinga dan untuk telinga yang sama 2. Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis THT
3	Protesa Gigi	FKTP: Maksimal Rp1.000.000,00 untuk 2 rahang gigi (maksimal Rp500.000,00 untuk 1 rahang gigi) FKRTL: Maksimal Rp1.100.000,00 untuk full protesasi gigi (masing-masing rahang maksimal Rp550.000,00)	FKTP: Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis untuk rahang gigi yang sama FKRTL: Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis untuk gigi yang sama

4	Protesa Alat Gerak	FKRTL: Maksimal Rp2.750.000,00	1. 1. Protesa alat gerak adalah: a. aki palsu b. tangan palsu 2. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis untuk protesasi alat gerak yang sama 3. Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
5	Korset Tulang Belakang	FKRTL: Maksimal Rp385.000,00	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
6	Collarneck	FKRTL: Maksimal Rp 165.000,00	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
7	Kruk	FKRTL: Maksimal Rp385.000,00	Paling cepat 5 (lima) tahun sekali sesuai indikasi medis

2. Prosedur Pelayanan
- a. Mengikuti prosedur pelayanan rawat jalan yang berlaku bagi peserta JKN;
 - b. Dokter sesuai dengan kewenangan dan ketentuan perundangan memberikan resep alat bantu kesehatan untuk diambil di Fasilitas Kesehatan/Optik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - c. Pengajuan nilai ganti diajukan oleh Fasilitas Kesehatan/Optik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - d. Untuk kacamata, tidak menjamin pada kasus pada kacamata baca dengan kasus ADD (Additional Value) saja atau pada kasus penggantian bingkai kacamata saja.

Apa Saja Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Dijamin?

- 1. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- 3. Pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja atau menjadi tanggungan pemberi kerja;
- 4. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai

- 5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- 6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- 7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- 8. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- 9. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
- 10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- 11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
- 12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
- 13. Alat dan obat kontrasepsi serta kosmetik;
- 14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- 15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- 16. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
- 17. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;
- 18. 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;
- 19. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
- 20. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan; dan
- 21. Pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.



Bagaimana Jika Mengalami Kendala di Rumah Sakit?

Peserta dapat memperoleh informasi dan menyampaikan pengaduan, kritik dan saran melalui:

1. BPJS Kesehatan Care Center 165 (setiap hari - 24 Jam);
2. Petugas RS yang memiliki fungsi pemberian Informasi dan penanganan pengaduan (PIPP RS) yang berada di loket Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan;
3. BPJS Satu (BPJS Siap Membantu) yang dilengkapi dengan perlengkapan khusus berupa rompi bertuliskan BPJS SATU; atau
4. Aplikasi SIPP yang dapat diakses melalui Portal Quick Response BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan (POROS).

Bagaimana Jika Ingin Memberikan Penilaian Terhadap Layanan Fasilitas Kesehatan?

Setelah mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan baik di FKTP maupun FKRTL, peserta dapat memberikan umpan balik atas layanan yang diterima melalui KESSAN (Kesan dan Pesan Peserta Setelah Layanan). Pengisian KESSAN dilakukan pada Aplikasi Mobile JKN atau pindai QR Code POROS yang tersedia di Fasilitas Kesehatan.

PROGRAM DONASI

BPJS Kesehatan telah membuka program Donasi untuk peserta JKN-KIS yang melibatkan partisipasi masyarakat secara perorangan atau Badan Usaha atau lembaga lain yang bertujuan mewujudkan kepedulian kepada masyarakat di lingkungannya melalui kontribusi pendaftaran keluarga yang membutuhkan uluran tangan kita untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS.



Apa Saja Jenis Program Donasi JKN-KIS?

1. Donasi Perorangan

- Merupakan bentuk partisipasi individu yang memiliki kemampuan membayar iuran dan kepedulian terhadap salah satu atau beberapa keluarga yang kurang beruntung di lingkungannya untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS dan membayar iuran selama keluarga tersebut masih membutuhkan bantuan.

2. Donasi Badan Usaha

- Merupakan bentuk partisipasi Badan Usaha yang memiliki kemampuan membayar iuran dan kepedulian terhadap sejumlah keluarga yang kurang beruntung di lingkungannya untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS dan membayarkan iuran selama keluarga tersebut masih membutuhkan iuran.

3. Donasi Lembaga atau Badan lainnya

- Bentuk partisipasi lembaga atau badan amal atau lembaga/badan lainnya salah satu fungsi lembaga atau badan terkait adalah sebagai penyantun dan memiliki kemampuan membayar iuran dan kepedulian terhadap sejumlah individu atau atau keluarga di bawah naungannya untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS dan membayar iuran selama individu atau keluarga tersebut masih membutuhkan bantuan.

Bagaimana Mekanisme Program Donasi ?



POLA HIDUP SEHAT

Hidup Sehat dan Bugar: Landasan Mewujudkan Kualitas Hidup Yang Baik dan Usia Harapan Hidup Yang Tinggi

Oleh : I.G.A.R Kusuma Yudha (Ade Rai)
Brand Ambassador BPJS Kesehatan

Tubuh yang sehat adalah kebutuhan dasar bagi setiap orang. Kesehatan adalah prasyarat untuk menjalankan tugas, peran, dan tanggung-jawab hidup. Kesehatan adalah modal dalam perjalanan mewujudkan cita-cita. Kesehatan juga diharapkan untuk terus ada, agar cita-cita yang terwujud bisa terus dinikmati.

Bagi banyak orang, kesehatan sudah didapat sejak lahir. Ibarat uang, setiap bayi yang terlahir sehat sudah memiliki jumlah uang yang banyak. Uang tersebut bila dikonsumsi atau dikuras, maka cepat atau lambat akan habis. Saat uang tersebut habis, maka kemiskinanlah yang didapat. Namun bila diinvestasikan dengan tepat, maka akan berbunga dan bertambah jumlahnya. Apabila kesehatan habis dikuras, maka statusnya turun menjadi miskin sehat atau sakit. Apabila kesehatan diinvestasikan dengan tepat, maka statusnya akan meningkat menjadi kaya sehat atau bugar.

Kesehatan tubuh, walaupun diakui kepentingannya dan disyukuri keberadaannya, namun dalam kebiasaan sehari-hari baik disadari atau tidak, kegiatan mengurus kesehatan lebih banyak dan konsisten daripada kegiatan menginvestasikannya. Salah satu wujud nyata adalah meningkatnya jumlah dan persentase penderita penyakit non- communicable diseases (NCD) atau penyakit degeneratif tidak menular seperti penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes, dan penyakit saluran nafas kronis. NCD disebabkan oleh pola atau kebiasaan hidup yang meningkatkan kadar lemak tubuh dan mengurus kesehatan, seperti: kurang atau tidak berolahraga secara teratur, konsumsi gula-tepung- minyak berlebih yang menyebabkan inflamasi (radang), merokok, juga konsumsi alkohol maupun obat-obatan terlarang.

Penumpukan Lemak dan Dampaknya Bisa Dicegah, Kecil Faktor Keturunan

Obesitas, atau penumpukan lemak berlebih yang menjadi awal dari terbentuknya berbagai NCD, menurut peneliti di Harvard Medical School dan Columbia University Medical Center lebih dikonstruksikan oleh faktor gaya hidup dan lingkungan daripada faktor keturunan.⁴ Hal ini adalah berita yang menguatkan hati, karena kini kita sadar bahwa membalikkan keadaan obesitas menjadi sehat dan bugar adalah nasib yang ada di tangan kita, bukan takdir keturunan. Dan karena akar penyebabnya adalah kebiasaan hidup (lifestyle) yang bisa diperbaiki, maka NCD adalah penyakit yang bisa dicegah dan hindari.

¹ <https://tirto.id/djki>

² Vidhu V. Thaker, MD GENETIC AND EPIGENETIC CAUSES OF OBESITY, Adolesc Med State Art Rev. 2017 Fall;



A. Bagaimana Mengikis Lemak Berlebih ?

Kontributor berat badan ada 5, yaitu: tulang (rangka), air, organ, otot rangka, dan lemak. Empat kontributor pertama dikenal sebagai bobot murni tanpa lemak, yang idealnya kita jaga atau tingkatkan. Kontributor berat badan terakhir (lemak) adalah kontributor berat badan yang ingin kita turunkan. Alasannya sederhana: Kadar lemak yang lebih tinggi mendekatkan NCD atau penyakit degeneratif yang bisa dicegah. Kadar lemak yang lebih rendah menjauhkan kita dari NCD, dan mendekatkan kita pada kebugaran yang lebih baik.

TABEL KADAR LEMAK TUBUH MANUSIA

	PRIA	WANITA
LEMAK ESENSIAL	2-5%	10-13%
ATLETIS	6-13%	14-20%
BUGAR	14-17%	21-24%
RATA - RATA SEDANG	18-24%	25-31%
OBESITAS	25%+	32%+



INDONESIA
BISA



Kontributor berat badan ada 5, yaitu: tulang (rangka), air, organ, otot rangka, dan lemak. Empat kontributor pertama dikenal sebagai bobot murni tanpa lemak, yang idealnya kita jaga atau tingkatkan. Kontributor berat badan terakhir (lemak) adalah kontributor berat badan yang kita ingin kita turunkan. Seseorang bisa membawa kadar lemak tubuhnya ke tingkat bugar dan atletis. Untuk memperbaiki nasib kesehatan kita, cukup melakukan 3 langkah berikut ini.

- Meluangkan waktu untuk teratur dalam berolahraga;
- Berpola makan yang teratur dan sehat;
- Istirahat yang seimbang antara kualitas dan kuantitas.

B. Bagaimana Mengatur Pola

- Pola makan yang sehat harus enak. Gunakan rempah-rempah yang kaya di bumi Indonesia;
- Setiap kali makan, perbanyak dan dahulukan sayur-sayuran aneka warna alami, serta lauk sampai kenyang;
- Acuan ukurannya:
 - Porsi nasi yang dahulu, menjadi porsi sayur sekarang;
 - Porsi sayur yang dahulu, menjadi porsi nasi yang sekarang; dan
 - Untuk lauk, ukurannya adalah setelapak tangan tanpa jari.
- Saat sayuran dan lauk tinggal sedikit, baru tanyakan apakah perlu masuk nasi/ karbohidrat?;
- Agar bisa makan sayuran dan lauk terlebih dahulu (nasi belakangan), kurangi kadar garam dan penyedap sampai 50%-75% dari biasa;
- Untuk sumber sayuran dan lauk, gunakan prinsip: variasi, kombinasi, dan rotasi sumber alamiah;
- Gunakan cara masak yang lebih sehat: kukus, rebus, pepes, panggang, tumis. Apabila menggunakan metode bakar, dimasak matang terlebih dahulu, jangan sampai hangus, dan jangan bubuhkan minyak atau mentega. Kurangi, dan sebisa mungkin hindari cara masak menggoreng;
- Kurangi atau batasi asupan: minyak goreng, mentega, margarin, santan, tepung putih, dan gula pasir;
- Makanlah sebelum terlalu lapar, dan berhentilah sebelum terlalu kenyang.

C. Bagaimana Mendapatkan Istirahat yang Baik ?

- Tentukan waktu tidur yang cukup. Umumnya 6-8 jam. Lalu tentukan waktu bangun. Hitung mundur jumlah jam yang telah ditentukan. Kini kita mendapatkan jam tidur;
- Rebahkan tubuh ke kasur dengan posisi terlentang;
- Relaksasikan semua otot tubuh, fokuskan pada gerak nafas yang ringan dan panjang;
- Jaga kebersihan tubuh, peralatan tidur (kasur, bantal, guling, seprei, dan selimut);
- Sebaiknya tidur dalam keadaan di mana cahaya dan suara seminim mungkin;
- Matikan semua perangkat elektronik (televisi, radio, speaker, lampu, telepon genggam); dan
- Hindari mengonsumsi kopi atau teh sebelum tidur.

Dengan semakin banyak rakyat Indonesia yang sehat, kita menikmati kemajuan dan keuntungan berkali lipat. Indonesia yang sehat dan kuat pun bisa kita wujudkan bersama.



D. Bagaimana Cara Berolahraga Yang Efektif dan Efisien ?

Olahraga yang sederhana adalah olahraga yang efektif. Cukup bermodalkan tubuh sendiri dan lantai, tanpa perlu alat bantu lain seperti sepatu maupun baju olahraga. Dengan demikian, kegiatan olahraga dengan tubuh sendiri bisa dilakukan di mana saja, dan kapan saja. Sangatlah mudah untuk menyisihkan waktu 3 kali per minggu untuk berolahraga, di mana masing-masing sesi olahraga cukup memakan 10 menit pada tahap awal.

Manfaat olahraga, selain menjaga tubuh agar ideal, juga baik untuk menjaga kepadatan tulang³, meningkatkan sensitivitas insulin (menjauhkan dari diabetes)⁴, memutarbalikkan proses penuaan⁷, meningkatkan kualitas hidup.

Olahraga apa saja? Cukup lakukan 5 gerakan ini: push-ups, squats, lunges, plank, abdominal crunches.

Panduan melakukan olahraga ini adalah sederhana:

1. Untuk tahapan squats 1 dan semua tahapan plank, cukup menahan posisi atau sederhananya, tidak bergerak sama sekali;
2. Untuk gerakan lain, lakukan dengan:
 - a. Gerakan yang perlahan, penuh kendali, halus, tanpa hentakan;
 - b. Irama gerakan mengikuti irama nafas;
 - c. Bernafaslah melalui dada, agar perut dan sekelilingnya bisa dikencangkan; dan
 - d. Jangan menahan nafas.
3. Pilih 3 gerakan, dan lakukan masing-masing gerakan total 7 menit (termasuk istirahat).



**PILIH LAH
TAHAPAN
SESUAI
KEMAMPUAN
MASING
MASING**

³ Almstedt HC, Canepa JA, Ramirez DA, Shoepe TC. Changes in bone mineral density in response to 24 weeks of resistance training in college-age men and women. J. Strength Cond. Res. 2011; 25: 1098–103.

⁴ Bweir S, Al-Jarrah M, Almalaty AM, et al.. Resistance exercise training lowers HbA1c more than aerobic training in adults with type 2 diabetes. Diab. Metab. Syndr. 2009; 1: 27.

⁵ Hurley BF, Hanson ED, Sheaff AK. Strength training as a countermeasure to aging muscle and chronic disease. Sports Med. 2011; 41: 289–306.

⁶ Holviala JH, Sullivan JM, Kraemer WJ, et al.. Effects of strength training on muscle strength characteristics, functional capabilities, and balance in middle-aged and older women. J. Strength Cond. Res. 2006; 20: 336–44.

E. Apa Saja Gerakan Olahraga

1. Push-Ups

Tahapan push-ups 1:



Tahapan push-ups 2:



Tahapan push-ups 3:

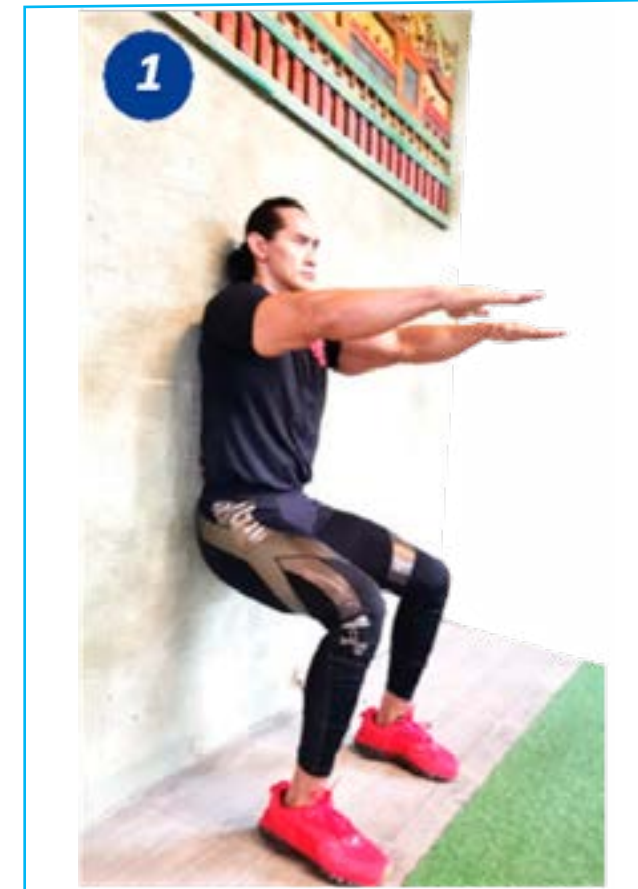


Tahapan push-ups 4:



2. Squats

Tahapan Squast 1:



Tahapan Squast 2:



Tahapan Squat3:



Tahapan Squat 4:



3. Lunges

Tahapan Lunges 1:



Tahapan Lunges 2:



4. Plank

Tahapan Plank 1:

1



Tahapan Plank 2:

1



5. Abdominal Crunches

Tahapan abdominal crunches 1:



Tahapan abdominal crunches 2:

