

SEPUTAR

BPJS KESEHATAN



1 ▲ Apa yang dimaksud dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional?

Program Negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.

2 ▲ Apa yang dimaksud dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial?

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

3 ▲ Apa yang menjadi dasar hukum penyelenggaraan program jaminan sosial?

Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

4 ▲ Apa yang dimaksud dengan Jaminan Sosial?

Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

5 ▲ Apa yang dimaksud dengan BPJS Kesehatan?

BPJS Kesehatan adalah badan publik yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

6 ▲ Apa yang dimaksud dengan BPJS Ketenagakerjaan?

BPJS Ketenagakerjaan adalah badan publik yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension, dan jaminan kematian.

7 ▲ Apa yang dimaksud dengan jaminan kesehatan?

Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas

8 ▲ Kapan BPJS Kesehatan mulai operasional?

BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 01 Januari 2014.

9 ▲ Siapa saja yang akan menjadi peserta BPJS?

Peserta BPJS adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

10 ▲ Ada berapa kelompok peserta BPJS Kesehatan?

Peserta BPJS Kesehatan ada dua kelompok, yaitu:

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
 - b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
-

11 ▲ Apa yang dimaksud dengan iuran?

Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah.

12 ▲ Apa yang dimaksud dengan bantuan iuran?

Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Sosial

13 ▲ Bagaimana pembayaran iuran program jaminan sosial untuk fakir miskin?

Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah.

14 ▲ Apa yang dimaksud dengan PBI Jaminan Kesehatan?

PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

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

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

16 ▲ Apa yang dimaksud dengan cacat total tetap dan siapa yang berwenang menetapkan?

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

17 ▲ Siapa saja peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan?

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas:

- a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya.
 - b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya.
 - c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya.
-

18 ▲ Apa yang dimaksud dengan pekerja?

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji atau upah.

19 ▲ Apa yang dimaksud dengan pekerja penerima upah?

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

20 ▲ Siapa saja yang termasuk pekerja penerima upah?

- a. Pegawai Negeri Sipil
 - b. Anggota TNI
 - c. Anggota Polri
 - d. Pejabat Negara
 - e. Pegawai pemerintah non pegawai Negeri
 - f. Pegawai swasta
 - g. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.
-

21 ▲ Apa yang dimaksud dengan pekerja bukan penerima upah?

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

22 ▲ Siapa saja yang termasuk pekerja bukan penerima upah?

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

23 ▲ Siapa saja yang termasuk pekerja bukan penerima upah?

Pekerja bukan penerima upah terdiri atas:

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
 - b. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah
-

24 ▲ Apa yang dimaksud dengan bukan pekerja?

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

25 ▲ Siapa saja yang termasuk bukan pekerja?

- a. Investor
 - b. Pemberi kerja
 - c. Penerima pension
 - d. Veteran
 - e. Perintis kemerdekaan
-

-
- f. Bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah
-

26 ▲ Siapa saja yang dimaksud dengan pegawai pemerintah non Pegawai Negeri Sipil?

Pegawai pemerintah non pegawai negeri sipil adalah pegawai tidak tetap, pegawai honorer, staf khusus, dan pegawai lain yang dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.

27 ▲ Siapa yang dimaksud dengan pemberi kerja?

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

28 ▲ Siapa yang dimaksud dengan anggota keluarga?

Anggota keluarga yang dimaksud meliputi:

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

29 ▲ Berapa jumlah peserta dan anggota keluarganya yang ditanggung?

Jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan paling banyak lima orang.

30 ▲ Bagaimana bila jumlah peserta dan anggota keluarganya lebih dari lima orang?

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

31 ▲ Apakah boleh penduduk Indonesia tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan?

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

32 ▲ Apa yang terjadi kalau kita tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan?

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

33 ▲ Bagaimanakah perhitungan besaran iuran BPJS Kesehatan?

Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan persentase

dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.

34 ▲ Bagaimana perhitungan besaran iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang tidak menerima upah?

Besaran iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala.

35 ▲ Bagaimana dengan pendaftaran peserta untuk yang jumlah anggota keluarganya lebih dari lima orang?

Pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari lima orang dan ingin mengikutsertakan anggota keluarga yang lain wajib membayar tambahan iuran.

36 ▲ Apa yang dimaksud dengan nomor identitas tunggal?

Nomor yang diberikan secara khusus oleh BPJS kepada setiap peserta untuk menjamin tertib administrasi atas hak dan kewajiban setiap peserta. Nomor identitas tunggal berlaku untuk semua program Jaminan Sosial.

37 ▲ Kapan seluruh penduduk Indonesia sudah harus menjadi peserta BPJS Kesehatan?

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

38 ▲ Bagaimana pentahapan kepesertaan BPJS Kesehatan?

Tahap pertama mulai tanggal 01 Januari 2014, paling sedikit meliputi:

- a. PBI Jaminan Kesehatan
- b. Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya.
- c. Anggota POLRI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya.
- d. Peserta asuransi kesehatan perusahaan PT Askes Persero (Askes) dan anggota keluarganya.
- e. Peserta jaminan pemeliharaan kesehatan perusahaan PT Jamsostek (Persero) dan anggota keluarganya.

Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 01 Januari 2019.

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

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

40 ▲ Siapa yang harus mendaftarkan peserta bukan penerima bantuan iuran dan bukan pekerja kepada BPJS Kesehatan?

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

41 ▲ Siapa yang harus mendaftarkan pekerja ke BPJS Kesehatan?

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

42 ▲ Apa buktinya seseorang sudah terdaftar sebagai peserta di BPJS Kesehatan?

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

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

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

-
- c. Peserta pekerja bukan penerima upah wajib menyampaikan perubahan daftar susunan keluarganya kepada BPJS Kesehatan 14 (empat belas) hari kerja sejak terjadi perubahan data kepesertaan.
-

44 ▲ bagaimana jika terjadi perubahan status kepesertaan dari peserta PBI menjadi bukan peserta PBI atau sebaliknya?

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

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

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

46 ▲ Apa yang dimaksud dengan iuran?

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

47 ▲ Kapan iuran harus dibayar?

Pemberi kerja wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

48 ▲ Bagaimana jika terlambat?

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

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

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

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

Besaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden.

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

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

52 ▲ Apa yang dimaksud dengan manfaat?

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

53 ▲ Manfaat apa saja yang diperoleh oleh peserta dan keluarganya?

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

54 ▲ Apakah manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan besaran iuran?

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

55 ▲ Bagaimana dengan ambulans?

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

56 ▲ Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi apa saja?

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan :

- a. Penyuluhan kesehatan perseorangan
 - b. Imunisasi dasar
 - c. Keluarga berencana dan skrining kesehatan
-

57 ▲ Meliputi apa saja penyuluhan kesehatan perorangan itu?

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

58 ▲ Apa saja yang termasuk dalam pelayanan imunisasi dasar?

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

59 ▲ Apa saja yang dijamin untuk program keluarga berencana?

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

60 ▲ Bagaimana dengan manfaat skrining kesehatan?

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

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

61 ▲ Meliputi apa saja pelayanan kesehatan yang dijamin?

Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup :
 - 1) Administrasi pelayanan
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup :
 - 1) Rawat jalan yang meliputi :
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub-spesialis
-

-
- c) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e) Pelayanan alat kesehatan implant
 - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - g) Rehabilitasi medis
 - h) Pelayanan darah
 - i) Pelayanan kedokteran forensik
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
- 2) Rawat inap yang meliputi :
- a) Perawatan inap non intensif
 - b) Perawatan inap di ruang intensif.
 - c) Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri.
-

62 ▲ Bagaimana dengan pelayanan kesehatan yang sudah ditanggung dalam program pemerintah?

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

63 ▲ Apakah BPJS juga menjamin alat bantu kesehatan?

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

64 **▲ Kelas perawatan berapa yang ditanggung ketika harus dirawat inap?**

1. Di ruang perawatan kelas III bagi :
 - a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan
 - b. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
 2. Di ruang perawatan kelas II bagi :
 - a. Pegawai negeri sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - b. Anggota TNI dan penerima pensiunan anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - c. Anggota POLRI dan penerima pensiun anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - d. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - e. Peserta Pelerja Penerima Upah bulanan sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya
-

-
- f. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II
3. Di ruang perawatan kelas I bagi :
- a. Pejabat Negara dan anggota keluarganya
 - b. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
 - c. Anggota TNI dan penerima pensiun anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
 - d. Anggota POLRI dan penerima pensiun anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
 - e. Pegawai pemerintah non pegawai negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
 - f. Veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya
 - g. Peserta pekerja penerima upah bulanan lebih dari 2 (dua) kali PTKP dengan status kawin dengan 2 (dua) anak dan anggota keluarganya
 - h. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
-

65 ▲ Pelayanan apa saja yang tidak dijamin?

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku
 2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat
 3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja
 4. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri
 5. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik
 6. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (memperoleh keturunan)
 7. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi)
 8. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol
 9. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
 10. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment/HTA)
 11. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen)
-

-
12. Alat kontrasepsi, kosmetok, makanan bayi dan susu
 13. Perbekalan kesehatan rumah tangga
 14. Pelayanan kesehatan yang sudah dijamin dalam program kecelakaan lalulintas sesuai dengan ketentuan perundang-undangan
 15. Pelayanan kesehatan akibat bencana, kejadian luar biasa/wabah
 16. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan
-

66 ▲ Bagaimana dengan pasien kecelakaan lalulintas?

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

67 ▲ Bagaimana jika peserta pindah kelas rawatan ke yang lebih tinggi?

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

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

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

Peserta jaminan kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

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

BPJS Kesehatan dan penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat untuk peserta jaminan kesehatan yang memiliki hak atas perlindungan program asuransi kesehatan tambahan

70 ▲ Apa yang dimaksud dengan fasilitas kesehatan?

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang diberlakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

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

1. Untuk pertama kali setiap peserta terdaftar pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan kabupaten/kota setempat
 2. Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan selanjutnya peserta berhak memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diinginkan
-

-
3. Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, kecuali berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis
-

72 ▲ Bagaimana jika peserta butuh penanganan lanjutan?

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

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

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

74 ▲ Bagaimana bila fasilitas kesehatan rawat jalan tidak memiliki sarana penunjang?

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

75 ▲ Bagaimana dengan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta?

1. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta jaminan kesehatan pada fasilitas kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.
 2. Daftar harga obat dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud ditinjau dan disempurnakan paling lambat 2 (dua) tahun sekali.
-

76 ▲ Bagaimana dengan peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat?

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

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

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

78 ▲ Kompensasi apa saja yang diberikan kepada peserta?

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

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

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

80 ▲ Bagaimana dengan fasilitas kesehatan swasta?

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

81 ▲ Apakah semua fasilitas kesehatan wajib kerjasama dengan BPJS Kesehatan?

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

82 ▲ Bagaimana bentuk kerjasama serta apa syaratnya?

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

83 ▲ Berapa besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan oleh BPJS?

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

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

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

85 ▲ Bagaimana dengan mutu pelayanan, efektifitas tindakan dan efisiensi biaya?

Pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

86 ▲ Meliputi apa saja kendali mutu yang dilakukan?

Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi

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

87 ▲ Siapa yang bertanggung jawab terhadap kendali mutu dan biaya, serta apa saja yang dilakukan untuk itu?

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

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

88 ▲ Siapa saja yang dilibatkan dalam proses monitoring dan evaluasi?

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

89 ▲ Apa yang dimaksud dengan DJSN?

Dewan Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disingkat DJSN adalah Dewan yang berfungsi untuk

membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

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

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

91 ▲ Bila tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS bagaimana?

Dalam hal peserta dan/atau fasilitas kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri.

92 ▲ Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menangani pengaduan?

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

93 ▲ Dalam hal terjadi sengketa anantara peserta dengan fasilitas kesehatan, peserta dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan, bagaimana penyelesaiannya?

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

94 ▲ BPJS menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan asas apa saja?

Asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

95 ▲ Apa yang dimaksud dengan asas kemanusiaan?

Asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.

96 ▲ Apa yang dimaksud dengan asas manfaat?

Asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

97 ▲ Apa yang dimaksud dengan asas keadilan sosial?

Asas yang bersifat idiil.

98 ▲ Sebutkan prinsip penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional?

- a. Kegotongroyongan
 - b. Nirlaba
 - c. Keterbukaan
 - d. Kehati-hatian
 - e. Akuntabilitas
 - f. Portabilitas
 - g. Kepesertaan bersifat wajib
 - h. Dana amanat
 - i. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.
-

99 ▲ Apa yang dimaksud dengan kebutuhan dasar hidup?

Kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

100 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip kegotongroyongan?

Prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.

101 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip nirlaba?

Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

102 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip keterbukaan?

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

103 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip kehati-hatian?

Prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

104 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip akuntabilitas?

Prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

105 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip portabilitas?

Prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

106 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip kepesertaan bersifat wajib?

Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial yang dilaksanakan secara bertahap.

107 ▲ Apa yang dimaksud dengan prinsip dana amanat?

luran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta Jaminan Sosial.

108 ▲ Bagaimana yang dimaksud dengan manfaat jaminan kesehatan?

Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

109 ▲ Bagaimana cara mengakses manfaat jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan?

Manfaat jaminan kesehatan dapat diakses melalui fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

110 ▲ Dalam kondisi darurat, apakah peserta tetap hanya dapat mengakses melalui fasilitas kesehatan yang telah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan?

Dalam keadaan darurat pelayanan kesehatan dapat diakses pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

111 ▲ Bagaimana pola pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan?

Pola pemberian pelayanan kesehatan yang akan dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah pola rujukan berjenjang.

112 ▲ Apa yang dimaksud dengan pola rujukan berjenjang?

Pola rujukan berjenjang adalah pola pemberian layanan kesehatan dimana pelayanan primer diberikan oleh PPK tingkat I, namun apabila diperlukan rujukan spesialisasi akan dirujuk ke PPK lanjutan.

113 ▲ Bagaimana dengan sistem pembayaran BPJS Kesehatan?

System pembayaran PPK tingkat I menggunakan sistem pembayaran kapitasi, sedangkan system pembayaran PPK lanjutan menggunakan sistem pembayaran INA CBG's.

114 ▲ Apa delapan sasaran pokok peta jalan jaminan kesehatan nasional pada 01 Januari 2014?

Delapan sasaran pokok peta jalan jaminan kesehatan nasional pada 01 Januari 2014, adalah (UU No 40/2004, penjelasan pasal 19, ayat 1):

1. BPJS Kesehatan mulai beroperasi
 2. BPJS Kesehatan mengelola Jaminan Kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta jiwa (sekitar 50 juta jiwa masih dikelola oleh Badan lain).
-

-
3. Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.
 4. Rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan.
 5. Seluruh peraturan pelaksanaan (PP, Perpres, Peraturan Menteri, dan Peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan.
 6. Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
 7. Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
 8. BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.
-

115 **Apa delapan sasaran pokok peta jalan jaminan kesehatan nasional pada 2019?**

Delapan sasaran pokok peta jalan jaminan kesehatan nasional pada 2019, adalah (UU No 40/2004, penjelasan pasal 19, ayat 1):

1. BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.
 2. Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan.
-

-
3. Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewajibkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat.
 4. Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka.
 5. Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.
 6. Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
 7. Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas, dan mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.
 8. BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.
-

116 **Apa visi BPJS Kesehatan?**

“CAKUPAN SEMESTA 2019”

Dengan penjelasan:

Paling lambat 01 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul, dan terpercaya.

117 ▲ Apa Misi BPJS Kesehatan?

- a. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
 - b. Menjalankan dan memantapkan system jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
 - c. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
 - d. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
-

118 ▲ Apa tiga sasaran pokok BPJS Kesehatan?

- a. Tercapainya kepesertaan semesta sesuai peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2019.
- b. Tercapainya jaminan pemeliharaan kesehatan yang optimal dan berkesinambungan.
- d. Terciptanya kelembagaan BPJS Kesehatan yang handal, unggul, dan terpercaya.

119 ▲ Kenapa BPJS perlu dibentuk?

- Sesuai dengan amanat UUD 1945 pasal 28 H ayat (3) yang menyatakan “*Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat*” , maka untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah menetapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004. Dengan sistem ini diharapkan setiap orang untuk mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Lebih lanjut, untuk dapat menyelenggarakan sistem tersebut maka diperlukan badan hukum yang akan menjadi penyelenggara jaminan sosial kesehatan yaitu BPJS Kesehatan.

120 ▲ Kebijakan – kebijakan apa saja yang melandasi pembentukan BPJS Kesehatan?

- UUD 1945 No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
 - UUD 1945 No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial
 - Undang – Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
 - Undang – Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
-

-
- Undang – Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 - Undang – Undang No 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
 - Undang – Undang No 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara
 - Undang – Undang No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
 - Undang – Undang No 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Pemerintah Daerah
 - Undang – Undang No 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
 - Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Kewenangan Pusat dan Daerah
-

121 ▲ Siapa yang bertanggungjawab atas pendirian BPJS Kesehatan?

- **BPJS Kesehatan** adalah badan hukum publik yang didirikan oleh penguasa Negara dengan undang – undang, yaitu UU SJSN dan UU BPJS. Penguasa Negara yang dimaksud adalah pemerintah, memberikan mandat melalui UU BPJS kepada Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) untuk melaksanakan pendirian BPJS Kesehatan pada masa peralihan.
-

122 ▲ Kapan pendirian BPJS Kesehatan dilaksanakan?

- Pendirian BPJS Kesehatan dilaksanakan pada masa peralihan yaitu terhitung mulai 26 Nopember 2011 hingga 31 Desember 2013.
-

123 ▲ Mandat UU BPJS kepada PT Askes (Persero)?

- UU BPJS memberikan keleluasaan waktu 25 bulan masa peralihan bagi PT Askes (Persero) untuk mempersiapkan transformasi kelembagaan dan membangun sistem operasional program Jaminan Kesehatan Nasional. Terdapat 3 mandat pokok yang tidak teridentifikasi pada RJPP PT Askes (Persero) th.2009 – 2013, yaitu:
 1. Pembubaran PT Askes (Persero)
 2. Pendirian PT Askes (Persero)
 3. Penyiapan Sistem Operasi Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
-

124 ▲ Bagaimana status Duta Askes di masa peralihan PT Askes (Persero) menjadi BPJS?

- Status kepegawaian PT Askes (Persero) pada masa peralihan PT Askes (Persero) tetap berstatus sebagai pegawai PT Askes (Persero), hal ini sesuai dengan UU BPJS.
-

125 ▲ Setelah PT Askes (Persero) dibubarkan dan efektif menjadi BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014, bagaimanakah status kepegawaian duta Askes?

- Sesuai UU BPJS, Duta Askes pada masa BPJS Kesehatan seluruhnya menjadi pegawai BPJS Kesehatan.
-

126 ▲ Bagaimanakah Hak dan Kewajiban pegawai di BPJS Kesehatan?

-
- Sebagaimana yang dijelaskan di Pasal 44 ayat (7) UU BPJS mendelegasikan pengaturan tentang gaji atau upah dan manfaat tambahan lainnya serta insentif bagi karyawan ke Peraturan Direksi. Sehingga hal – hal terkait gaji atau upah dan insentif bagi karyawan akan mengikuti ketentuan yang berlaku pada saat BPJS Kesehatan diberlakukan.
-

127 ▲ Apakah yang disebut dengan transformasi PT Askes (Persero)?

- Perubahan bentuk PT Askes (Persero) yang menyelenggarakan program jaminan sosial, menjadi BPJS. Perubahan bentuk bermakna perubahan karakteristik badan penyelenggara jaminan sosial sebagai penyesuaian atas perubahan filosofi penyelenggaraan program jaminan sosial.
 - Pada proses transformasi ini diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, serta hak dan kewajiban dari program – program yang saat ini ada.
-

128 ▲ Berapa lama waktu yang tersedia untuk melakukan transformasi?

- Waktu yang diberikan adalah 25 bulan dari 26 Nopember 2011 s.d 31 Desember 2013.
-

129 ▲ Apakah tujuan melakukan transformasi Askes?

-
- Mempersiapkan transformasi kelembagaan dan membangun sistem operasional program jaminan kesehatan nasional.
-

130 ▲ Proses apa saja yang berlangsung selama transformasi?

- Transformasi PT Askes (Persero) akan berlangsung melalui proses pembubaran PT Askes (Persero), Pendirian Badan Hukum Publik Otonom BPJS Kesehatan, dan beroperasinya BPJS Kesehatan.
-

131 ▲ Bagaimana proses pembubaran PT Askes (Persero)?

- PT Askes (Persero) dinyatakan bubar dan menjadi BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014. UU BPJS memberikan masa peralihan 2 (dua) tahun sejak diundangkannya UU BPJS pada 25 Nopember 2011.
-

132 ▲ Apa kegiatan yang dilakukan pada masa peralihan?

- Masa peralihan diperuntukan bagi penyelesaian peraturan pelaksanaan UU BPJS terkait penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional, penyiapan organisasi dan sistem operasi BPJS Kesehatan, serta penyiapan pengalihan program – program pelayanan kesehatan yang telah diselenggarakan oleh Program Jaminan Kesehatan PT Jamsostek (Persero), dan program Pelayanan Kesehatan TNI dan Kepolisian RI.
-

133 **▲ Ketentuan apa saja yang mengatur pembubaran PT Askes (Persero)?**

- UU BPJS mengatur tata cara pembubaran PT Askes (Persero). Sementara ketentuan pembubaran BUMN diatur dalam PP No.43 Tahun 2005 dan pembubaran Perseroan Terbatas diatur dalam PP No.27 Tahun 1998 tidak berlaku.
- Ketentuan pembubaran PT Askes (Persero) dan perubahannya menjadi BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:
 1. Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi.
 2. Semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan.
 3. Semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi Pegawai BPJS Kesehatan.
 4. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan oleh audit oleh kantor akuntan publik.
 5. Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan BPJS Kesehatan dan laporan posisi keuangan pembukaan Dana Jaminan Kesehatan.

134 **▲ Apa yang dimaksud dengan Badan Hukum Publik Otonom?**

-
- BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik otonom yang didirikan oleh Penguasa Negara dengan UU SJSN dan UU BPJS. Pendirian BPJS tidak didaftarkan pada notaris dan tidak perlu pengabsahan dari lembaga pemerintah. Berbeda dengan PT Askes (Persero) yang merupakan badan privat prolaba menjadi BPJS Kesehatan.
 - BPJS Kesehatan memiliki kewenangan – kewenangan publik yang ditetapkan dalam UU, yaitu:
 1. Berfungsi untuk menyelenggarakan kepentingan umum, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
 2. Diberi delegasi kewenangan untuk membuat aturan yang mengikat umum.
 3. Bertugas mengelola dana publik, yaitu dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
 4. Berwenang melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
 5. Berwenang melakukan sanksi administrative kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
 6. Pengangkatan anggota dewan pengawas dan anggota Direksi oleh Presiden, setelah melalui proses seleksi publik.
 7. Bertindak mewakili Negara RI sebagai anggota organisasi atau lembaga internasional.
 - BPJS Kesehatan bersifat otonom, memiliki kewenangan yang ditetapkan oleh Undang – Undang dan hanya dapat diintervensi melalui Peraturan perundang – undangan.
-

135 **Persiapan Operasional apa yang dilakukan PT Askes (Persero)?**

- Sesuai UU BPJS Pasal 58 Huruf a merinci lebih lanjut persiapan operasional BPJS Kesehatan, antara lain mencakup:
 1. Menyusun sistem dan prosedur operasional yang diperlukan untuk beroperasinya BPJS Kesehatan.
 2. Melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan jaminan kesehatan.
 3. Menentukan program jaminan kesehatan yang sesuai dengan ketentuan UU SJSN untuk peserta PT Askes (Persero).
 4. Berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk mengalihkan penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat ke BPJS Kesehatan.
 5. Berkoordinasi dengan Kemhan, TNI dan POLRI untuk mengalihkan penyelenggaraan program yankes bagi anggota TNI, POLRI dan keluarganya ke BPJS Kesehatan.
 6. Berkoordinasi dengan PT Jamsostek (Persero) untuk mengalihkan penyelenggaraan program JPK ke BPJS Kesehatan.

136 **Bagaimanakah pembangunan sistem dan prosedur operasional BPJS Kesehatan?**

- Pembenahan sistem dan prosedur operasional yang dipersiapkan oleh PT Askes (Persero) bersifat adaptif terhadap perubahan tata
-

peraturan, pemangku kepentingan BPJS Kesehatan, dan risiko finansial.

- Sistem dan prosedur operasional yang akan dibangun bertujuan untuk mendukung operasional BPJS Kesehatan yang cost effective, berkelanjutan, berorientasi hasil layanan. Hal ini disesuaikan dengan tujuan penyelenggaraan jaminan kesehatan dan sesuai dengan prinsip – prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional.
-

137 ▲ Fungsi – fungsi apa yang terdapat pada proses bisnis BPJS Kesehatan?

- Proses Bisnis BPJS Kesehatan meliputi Fungsi – fungsi utama sebagai berikut:
 1. Fungsi Hukum dan Regulasi,
 2. Fungsi Hubungan Kelembagaan,
 3. Fungsi Kepesertaan dan Iuran,
 4. Fungsi Pembelian Pelayanan (strategic purchasing)
 5. Fungsi Manajemen Sistem Informasi,
 6. Fungsi Pengawasan dan Pemeriksaan,
 7. Fungsi Investasi (perencanaan, penempatan, monitoring dan evaluasi),
 8. Fungsi pembangunan kapasitas kelembagaan (Organisasi, SDM dan Teknologi)
 9. Fungsi Keuangan
 10. Fungsi Riset, Perencanaan dan Pengembangan
 11. Fungsi Manajemen Risiko Badan.
-

138 ▲ **Adakah Kompetensi inti yang dapat dikembangkan yang dapat mendukung pencapaian misi di masa peralihan?**

- Kompetensi inti yang perlu dikembangkan adalah kemampuan mengelola dana jaminan sosial secara hati – hati dan membeli pelayanan secara strategis.
-