BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)



Ira Ida Sanjaya, SKM, MM
Kepala Kota Banjarbaru BPJS Kesehatan

BPJS KESEHATAN CABANG BANJARMASIN

TATA NILAI BPJS KESEHATAN

Inisiatif

INTEGRITAS | KOLABORASI | PELAYANAN PRIMA | INOVATIF

Untuk menghadirkan layanan yang berkualitas kepada Peserta maka BPJS Kesehatan berkomitmen melaksanakan Tata Nilai INISIATIF **(Integritas, Kolaborasi, Pelayanan Prima, Inovatif)**

Tata Nilai BPJS Kesehatan tertera dalam Peraturan Direksi Nomor 56 Tahun 2021 Tentang Arsitektur Budaya Organisasi dan Arsitektur Kepemimpinan



INTEGRITAS

- Jujur
- Disiplin
- Bertanggung Jawab



KOLABORASI

- Saling Percaya
- Bangun Relasi
- Sinergi



PELAYANAN PRIMA

- Berempati
- Responsif
- Berkomitmen



INOVATIF

- Berfikir Terbuka
- Kreatif
- Persisten

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

AGENDA PRESENTASI



1. PENDAHULUAN
2. HAK DAN KEWAJIBAN
3. KEPESERTAAN JKN
4. KANAL LAYANAN
5. PELAYANAN KESEHATAN
6. KECURANGAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

3



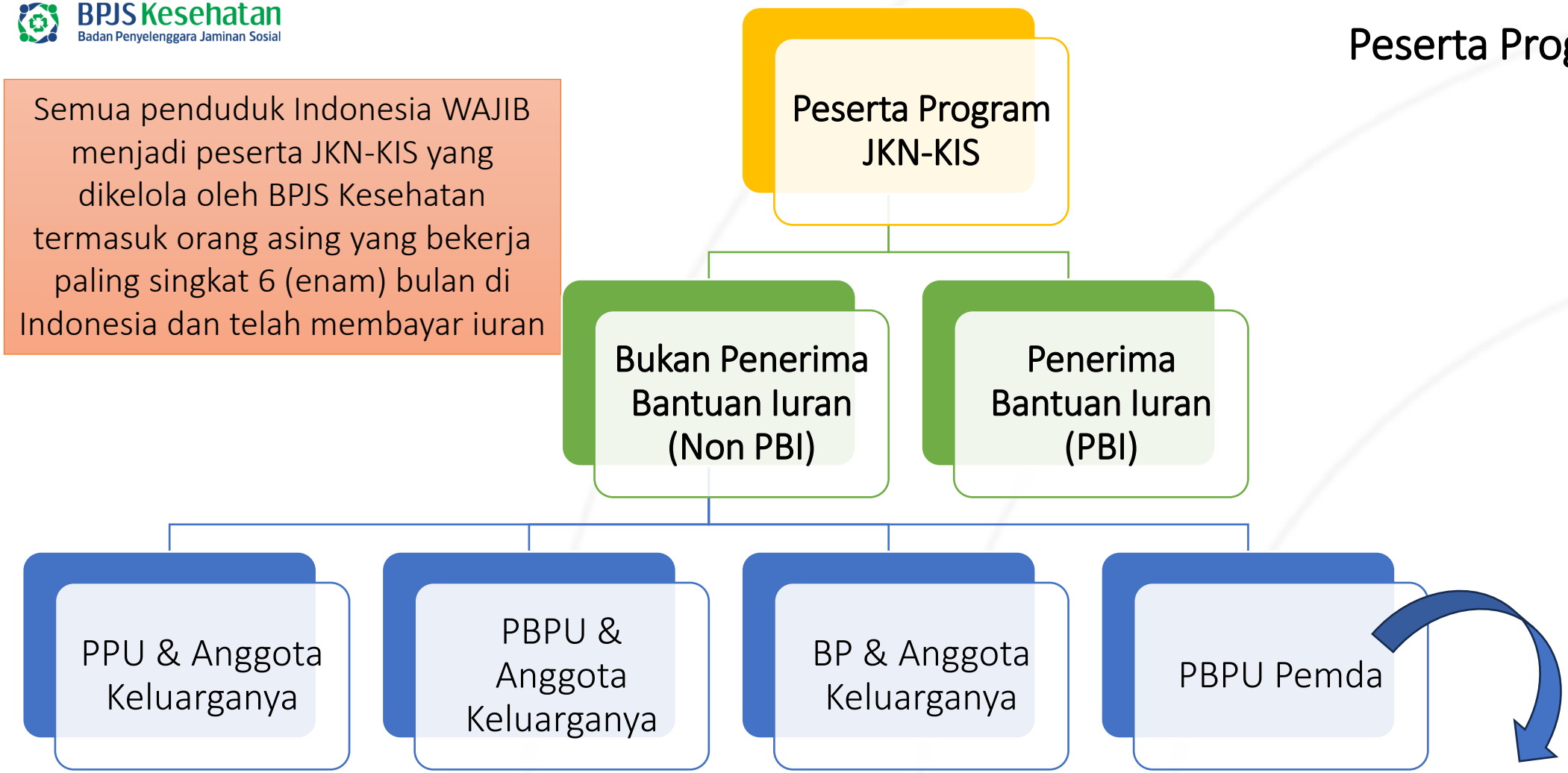


3 KEPESERTAAN JKN

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peserta Program JKN-KIS

Semua penduduk Indonesia WAJIB menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia dan telah membayar iuran



PBI = Penerima Bantuan Iuran
PPU = Pekerja Penerima Upah
PBPU= Pekerja Bukan Penerima Upah
BP = Bukan Pekerja

Dulu namanya JAMKESDA

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

CARA MENDAFTAR MENJADI PESERTA JKN

PBI JK

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Kementerian Sosial/Dinas Sosial sesuai kriteria yang telah ditentukan , selanjutnya ditetapkan melalui Keputusan Menteri Sosial dan didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan.

PBPU PEMDA

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Dinas Sosial/Dinas yang ditunjuk oleh Pemda

PPU

Didaftarkan oleh Pemberi Kerja/perusahaan/ kantor/instansi tempat bekerja secara kolektif

PBPU/BP

Mendaftar secara perorangan untuk seluruh anggota keluarga sesuai Kartu Keluarga

6

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Iuran Peserta Program JKN

KELOMPOK PESERTA	BESARAN IURAN	KONTRIBUSI PESERTA	KETERANGAN
PEKERJA PENERIMA UPAH (PNS/TNI/POLRI/PPNPN)	5%	1% PEKERJA 4% PEMERINTAH	GAJI POKOK DAN TUNJANGAN KELUARGA Kelas Rawat sesuai Gol/Pangkat
(BUMN/BUMD/SWASTA,KETUA DAN ANGGOTA DPR, PEJABAT NEGARA)	5%	1% PEKERJA 4% PEMBERI KERJA	GAJI POKOK DAN TUNJANGAN TETAP Kelas II : UMK s/d Rp. 4 Jt Kelas I : > Rp. 4 Jt – Rp. 12 Jt
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH & BUKAN PEKERJA	NILAI NOMINAL	KELAS 3 : Rp. 42.000,- (dibayarkan Peserta / Pihak lain an. Peserta Sebesar Rp 35.000,-) KELAS 2 : Rp. 100.000,- KELAS 1 : Rp. 150.000,-	PER JIWA/BULAN Note : Kelas 3, disubsidi pemerintah Rp.7.000 (Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah)

Peraturan Presiden No.82 Tahun 2018, Pasal 14

(1) Dalam hal pasangan suami istri yang masing – masing merupakan Pekerja, maka **keduanya wajib didaftarkan** sebagai Peserta PPU oleh masing-masing pemberi kerja dan membayar iuran.

(2) Suami, istri dan anak dari Peserta PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhak memilih kelas perawatan tertinggi.

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

TANGGUNGAN SEGMEN PPU (PEKERJA PENERIMA UPAH)

Anggota Keluarga Inti



1. Suami/istri yang sah
2. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah paling banyak 3 (tiga) orang merupakan anak kesatu sampai dengan anak ketiga sesuai dengan urutan dalam Kartu Keluarga

KRITERIA TANGGUNGAN ANAK PPU

Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri

Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal*

* Melampirkan surat keterangan resmi dari Sekolah/Perguruan Tinggi/Lembaga Pendidikan Formal dan Bukti Pembayaran Uang Pendidikan (Contoh : SPP, UKT, dll)

Sumber : Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

IMPLEMENTASI NIK SEBAGAI IDENTITAS PESERTA JKN



Manfaat penggunaan **NIK** sebagai identitas peserta program JKN-KIS

1. **MUDAH** : peserta cukup membawa satu jenis Kartu sebagai identitas peserta Program JKN-KIS, yaitu KTP→ peserta cukup menunjukan KTP tanpa harus melengkapi fotocopy KTP atau fotocopy KIS

2. **CEPAT** : Peserta cukup menyebutkan NIK yang tertera dalam KTP untuk mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan, bagi yang belum berusia 17 tahun dapat menunjukan Kartu Identitas Anak/Kartu Keluarga.

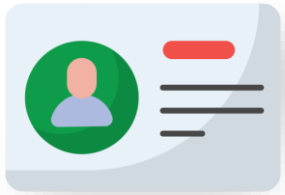
3. **PASTI** : Data peserta terintegrasi dengan sistem di BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan sehingga pasti mendapatkan layanan administrasi dan pelayanan kesehatan

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

HAK PESERTA PROGRAM JKN-KIS



Menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan saat mendaftar



Memanfaatkan NIK sebagai identitas tunggal peserta JKN



Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku



Mendapatkan manfaat pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan



Mendapatkan perlindungan data pribadi yang diserahkan kepada BPJS Kesehatan dalam rangka pendaftaran



Menyampaikan pengaduan, saran dan aspirasi baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan

PEMINDAHAN PESERTA DI FKTP. *(Pasal 7)*

1. Peserta dapat mengganti FKTP terdaftar setelah jangka waktu 3 bulan
2. Penggantian FKTP dapat dilakukan dalam jangka waktu kurang dari 3 bulan bagi Peserta yang memenuhi kriteria:
   a. Peserta pindah domisili, yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili
   b. Peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan, yang dibuktikan dengan surat keterangan penugasan atau pelatihan
   c. Peserta yang didaftarkan oleh pihak lain atas nama Peserta
3. Peserta yang didaftarkan oleh pihak lain atas nama Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6A ayat (2) juga dapat mengajukan perpindahan FKTP dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah didaftarkan.
4. Penggantian FKTP mulai berlaku sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya
5. **BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan Peserta ke FKTP lain setelah mendapatkan persetujuan dari Peserta**, apabila terdapat kondisi Peserta yang terdaftar di FKTP belum merata. Pemindahan ini bertujuan untuk pemerataan, peningkatan akses, dan peningkatan mutu layayan kesehatan dengan mempertimbangkan jumlah Peserta yang terdaftar, ketersediaan dokter, tenaga kesehatan selain dokter, dan sarana prasarana di FKTP.
6. Pemindahan Peserta oleh BPJS Kesehatan dilakukan setelah berkoordinasi dengan dinas Kesehatan kabupaten/kota atau asosiasi fasilitas Kesehatan.
7. Untuk pemindahan Peserta dari unsur Prajurit atau Anggota POLRI, BPJS Kesehatan wajib berkoordinasi dengan TNI dan POLRI
8. Ketentuan lebih lanjut diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan

KEWAJIBAN PESERTA PROGRAM JKN-KIS

- Memberikan data secara lengkap dan benar serta mendaftarkan diri sebagai peserta JKN-KIS
- Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh)
- Melaporkan perubahan data diri dan anggota keluarganya (gol/pangkat, upah, pernikahan/perceraian, kelahiran/kematian, alamat domisili/email dan No. HP
- Menjaga identitas peserta JKN agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
- Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan
- Melaporkan kepada BPJS Kesehatan apabila ditemukan ketidakpatuhan Pemberi Kerja dalam pendaftaran peserta





4 KANAL LAYANAN

13

KANAL LAYANAN ADMINISTRASI, INFORMASI DAN PENGADUAN



Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten Kota



BPJS Keliling / *Mobile Customer Service*
- LAYANAN ADMINISTRASI
- LAYANAN PIPP



Mal Pelayanan Publik (MPP)

BPJS SATU
Pemandu Layanan Peserta
- LAYANAN INFORMASI DAN PENGADUAN DI RS

PIPP Faskes (FKTP dan FKTRL

KANAL LAYANAN TATAP MUKA

PANDAWA

BPJS Kesehatan CARE CENTER 165

Aplikasi Mobile JKN

BPJS KESEHATAN ONLINE

AMAN Anjungan Mandiri JKN

Website

Facebook Twitter Instagram TikTok YouTube

KANAL LAYANAN TANPA TATAP MUKA

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

JENIS PELAYANAN BPJS KELILING



Pelayanan BPJS Keliling sebagai salah satu kanal layanan BPJS Kesehatan bersifat mobile (berpindah-pindah tempat), mendekatkan akses masyarakat dengan konsep layanan jemput bola



JENIS PELAYANAN MAL PELAYANAN PUBLIK (MPP)

Mal Pelayanan Publik bertujuan memberikan kemudahan dan meningkatkan layanan (pendaftaran/retensi peserta dan kepuasan peserta) dengan menggunakan konsep "layanan dalam satu gedung"



Layanan Administrasi	Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan
1. Pendaftaran baru 2. Penambahan/pengurangan anggota keluarga 3. Perubahan FKTP 4. Perubahan Kelas Rawat 5. Perubahan Identitas 6. Pengaktifan atau Penonaktifan WNI dari dan ke Luar Negeri 7. Peralihan Jenis Kepesertaan ke PBPU/BP 8. Pemutakhiran Data	1. Pemberian Informasi, termasuk registrasi Mobile JKN 2. Penanganan Pengaduan langsung

AYO! MANFAATKAN
LAYANAN PESERTA BERBASIS ONLINE!

Mobile JKN
- LAYANAN ADMINISTRASI
- LAYANAN PIPP

PANDAWA
NOMOR TUNGGAL PANDAWA 0811 8 165 165
- LAYANAN ADMINISTRASI (08.00-12.00)

Care Center 165
- LAYANAN ADMINISTRASI TERBATAS
- LAYANAN PIPP (24 JAM)

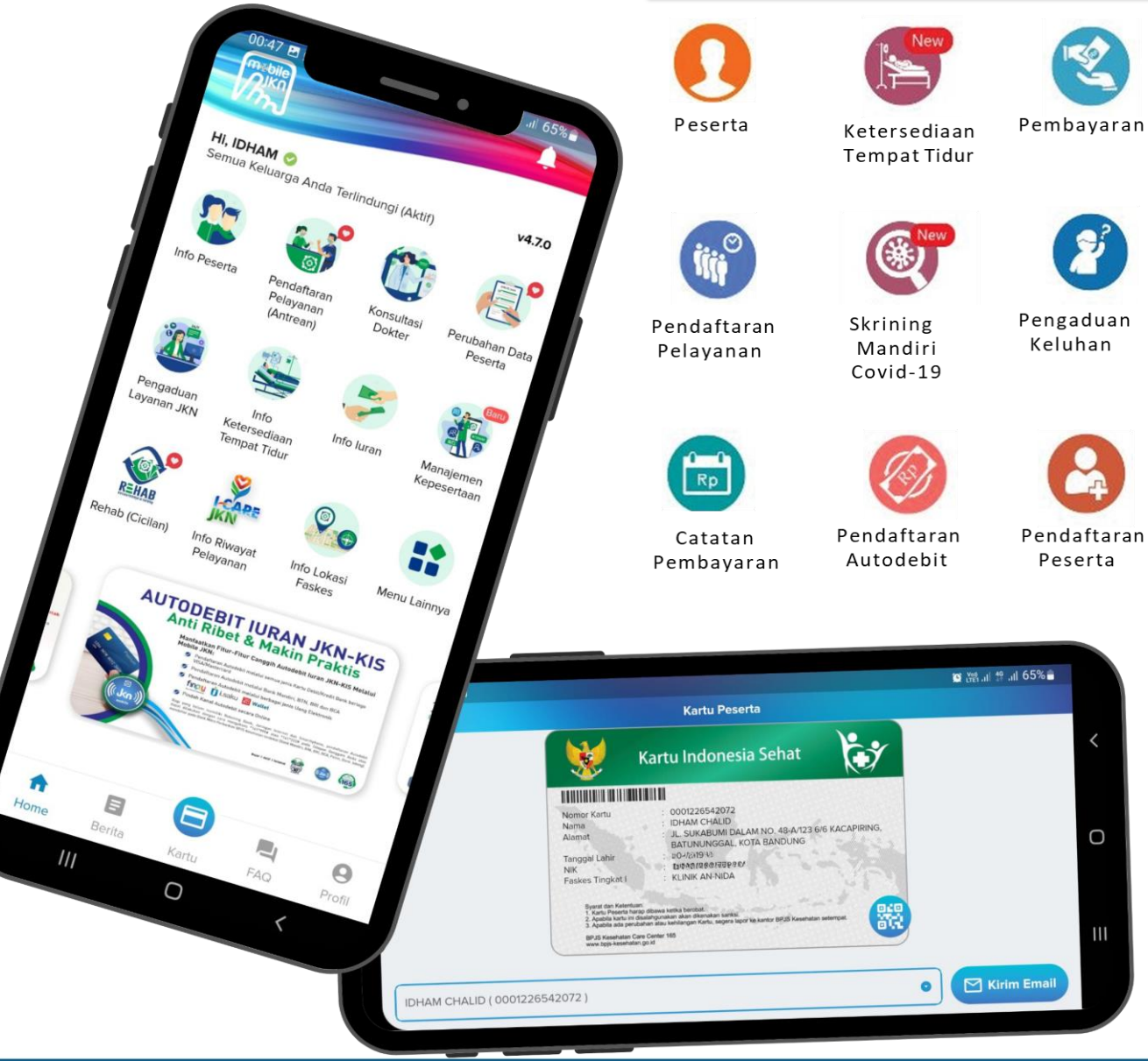


Website
bpjs-Kesehatan.go.id
- LAYANAN INFORMASI
- LAYANAN PIPP

BPJS Kesehatan Online
- Layanan Administratif
- Layanan Informasi
- Layanan Pengaduan

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

APLIKASI MOBILE JKN





Aplikasi Mobile JKN adalah Aplikasi berbasis *mobile* untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan pelayanan administrasi, informasi pelayanan Kesehatan dan pengaduan yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional, dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam bentuk Aplikasi melalui telepon pintar (*smartphone*) berbasis *Android* dan *iOS*, yang dapat diunduh melalui *Google Playstore* atau *Apps Store*.

BPJS Kesehatan Care Center 165



Jenis Layanan:

- Cek status peserta
- Cek tagihan iuran

✓ Perubahan/Mutasi Data Peserta antara lain:
- Perubahan Data Faskes
- Perubahan kelas perawatan
- Perubahan NPWP, e-mail dan alamat domisili

✓ Informasi dan penyampaian pengaduan langsung terkait program jaminan kesehatan;

✓ Informasi dan Pengaduan Langsung melalui Media Sosial

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PANDAWA

Pelayanan Administrasi Melalui WhatsApp

Jenis Layanan

Administrasi
- Pendaftaran Baru
- Penambahan Anggota Keluarga
- Pengaktifan Kembali Status Kepesertaan
- Perubahan/ Perbaikan Data
- Ubah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama TNI/POLRI dan Pindah Domisili Kurang Dari 3 Bulan
- Pengurangan Anggota Keluarga
- Perubahan Kelas Rawat Bagi Peserta yang Belum Membayar Iuran Pertama
- Pengaktifan Kembali Nomor Pembayaran Iuran yang Telah Lewat Masa Bayar

Informasi
- Cek Status Kepesertaan
- Cek Status Pembayaran
- Cek Virtual Account
- Skrining Kesehatan
- Info JKN
- Panduan Layanan
- Cari Lokasi : Kantor Cabang dan Fasilitas Kesehatan

Pengaduan

Cara Mengakses

1. Sahabat JKN dapat mengirim pesan melalui whatsapp di nomor 08118165165, Contoh : *Hai, Halo*
2. Pandawa akan membalas pesan Sahabat JKN dan memberikan pilihan menu utama
3. Sahabat JKN dapat memilih menu yang dibutuhkan (**Administrasi, Informasi, Pengaduan**)
4. Pandawa akan membalas pesan Sahabat JKN sesuai menu yang dibutuhkan
5. Sahabat JKN dapat mengisi format ataupun link yang dikirim oleh Pandawa untuk mendapatkan layanan administrasi, informasi atau pengaduan
6. Jika sudah selesai Sahabat JKN dapat memberikan Rating dan Juga Saran atas Layanan Pandawa.

Waktu Akses Peserta

24 Jam



Nomor Layanan

0811 8165 165

0811 8 165 165

165

Apa sih PANDAWA??



1 APRIL 2024

LAYANAN WA (PANDAWA)
08118165165
Dapat diakses setiap hari

LAYANAN PENGADUAN MELALUI *WEBSITE*



***Website* BPJS Kesehatan dapat diakses secara publik oleh peserta atau calon peserta BPJS Kesehatan selama 24 jam**

Layanan pada *website* BPJS Kesehatan:

- **Status Kepesertaan (proses)**
- **Informasi dan Pengaduan**
- **Pendaftaran Badan Usaha**
- **Pendaftaran Autodebit**
- **Pengecekan Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan**
- **Pengecekan alamat Kantor BPJS Kesehatan**
- **Skrining Kesehatan**
- **Jurnal JKN**
- **Whistleblowing System (Pelaporan Pelanggaran Pegawai)**

www.bpjs-kesehatan.go.id

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

AMAN JKN

BPJS Kesehatan meluncurkan Anjungan Mandiri atau disingkat AMAN JKN sebagai sarana pelayanan peserta untuk mempermudah dan mempercepat pelayanan administrasi kepesertaan

AMAN JKN berfungsi untuk :
-Pengecekan status kepesertaan
-Pengecekan tagihan iuran
-Informasi Virtual Account
-Info JKN
-Pencarian Lokasi (Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan)
-Perubahan Data meliputi Faskes dan Kelas

ANJUNGAN AMAN JKN

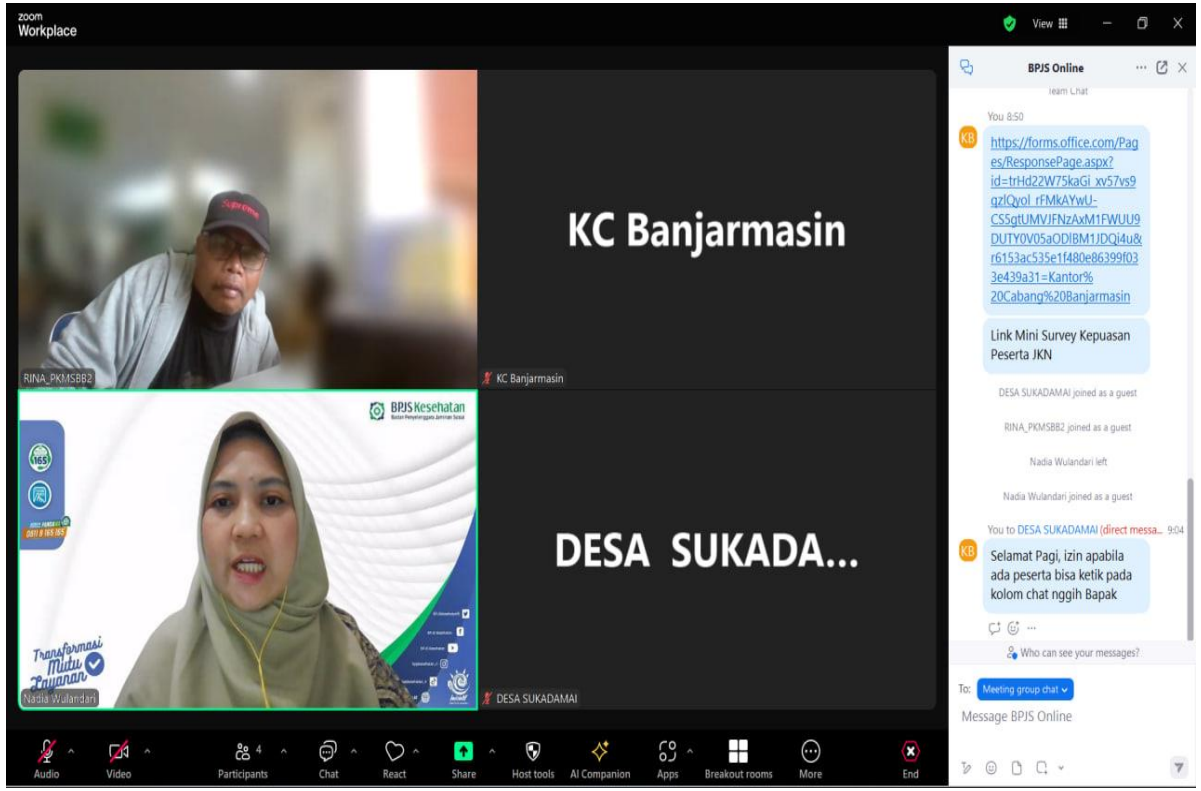


BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

BPJS Kesehatan ONLINE

BPJS ONLINE, merupakan Layanan yang dilakukan secara virtual dengan menggunakan **Aplikasi Zoom Meeting.** Masyarakat dapat berinteraksi dengan Petugas BPJS Kesehatan dengan layanan yang mencakup:

1. **Pemberian Informasi Langsung (PIL)**
2. **Administrasi Kepesertaan**
3. **Informasi**
4. **Pengaduan**



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

KEMUDAHAN BAGI PESERTA JKN YANG NON AKTIF KARENA MENUNGGAK IURAN PROGRAM RENCANA PEMBAYARAN BERTAHAP (REHAB)

MANFAATKAN PROGRAM REHAB RENCANA PEMBAYARAN BERTAHAP

Solusi dan Cara Mudah Bayar Tunggakan Iuran JKN-KIS

- Pembayaran Ringan
- Mudah
- Solusi Agar Status Kepesertaan Aktif Kembali untuk Mendapatkan Jaminan Pelayanan Kesehatan





DENGAN GOTONG ROYONG
SEMUA TERTOLONG

Syarat dan Ketentuan:

a. Peserta termasuk dalam segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) yang memiliki tunggakan lebih dari 3 bulan (4-24 bulan).
b. Peserta mendaftar melalui Aplikasi Mobile JKN dan/atau BPJS Kesehatan Care Center 165.
c. Maksimal periode tahapan pembayaran selama 1 siklus program adalah 12 bulan.
d. Status kepesertaan akan kembali aktif setelah seluruh tunggakan dan iuran bulan berjalan lunas dibayarkan.

Mekanisme Pendaftaran:

a. Download Aplikasi Mobile JKN.
b. Pilih Menu Program REHAB dan masukkan informasi yang diperlukan.
c. Peserta menyetujui syarat dan ketentuan serta hasil simulasi program.
d. Tagihan iuran yang akan dibayar otomatis berubah sesuai dengan besaran simulasi.
e. Peserta membayar tagihan iuran pada kanal-kanal pembayaran yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
f. Pendaftaran dapat dilakukan sampai dengan tanggal 28 bulan berjalan kecuali bulan Februari sampai dengan tanggal 27.
g. Peserta yang terdaftar Autodebit, maka tagihan akan terkoneksi dengan tagihan Autodebitnya kecuali Bank Mandiri, BNI dan BCA.

JKN mobile
BAYAR PALING LAMBAT TGL 10
BPJS Kesehatan CARE CENTER 165
REHAB Rencana Pembayaran Iuran Bertahap

Bayar › Aktif › Selamat

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Apa Itu Program REHAB?

REHAB (Rencana Pembayaran Bertahap) merupakan program BPJS Kesehatan untuk memberikan kemudahan pembayaran iuran kepada peserta menunggak iuran dengan cara bertahap atau dilakukan dengan cara cicilan.

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PROGRAM REHAB

NEW
REHAB 2.0
Rencana Pembayaran Bertahap

Program yang memberikan keringanan dan kemudahan bagi Peserta:

- **Peserta segmen PBPU/BP**
- **Peserta segmen PBPU/BP yang telah beralih segmen**

yang masih memiliki tunggakan iuran untuk dapat menyelesaikan pembayaran tunggakan iurannya secara bertahap/mencicil.

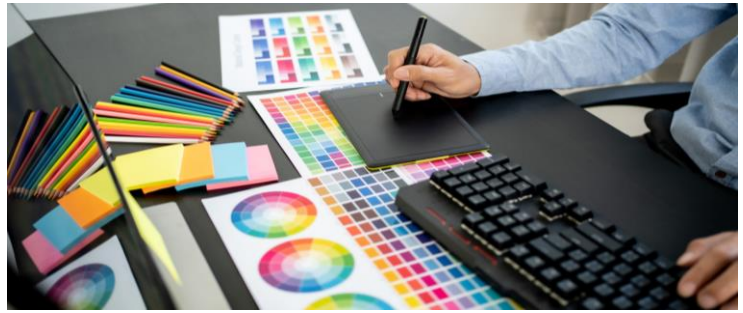
BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Tujuan, Manfaat, Sasaran Program



TUJUAN

Memberikan kemudahan & keringanan pembayaran tunggakan kepada peserta untuk melunasi tunggakan iurannya



MANFAAT

- ✓ Keringanan pembayaran tunggakan melalui mekanisme cicilan
- ✓ Memberi kesempatan untuk dapat segera mengaktifkan kepesertaannya



SASARAN

Semua peserta PBPU:

- ✓ Yang memiliki tunggakan iuran dengan usia tunggakan 4 sampai dengan 24 bulan;
- ✓ Yang telah beralih segmen kepesertaan, namun masih memiliki tunggakan Iuran

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Kanal Daftar Program Rehab

mobile JKN



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PESERTA PBPU/BP

Peserta Program

- Peserta JKN yang masih menjadi peserta PBPU dan memiliki tunggakan Iuran

Syarat Keikutsertaan

- Peserta PBPU yang memiliki tunggakan iuran 4-24 bulan

Jangka Waktu Cicilan

- Maksimal 12 bulan; atau
- Setengah dari bulan jumlah bulan tunggakan

Status Kepesertaan

- akan kembali aktif setelah **seluruh** tunggakan dan Iuran bulan berjalan lunas dibayarkan



Syarat dan Ketentuan

PBPU/BP ALIH SEGMEN

Peserta Program

- Peserta PBPU yang telah **pindah segmen** namun masih memiliki tunggakan iuran (pada saat segmen PBPU)

Syarat Keikutsertaan

- Memiliki tunggakan iuran minimal 2 (dua) bulan tunggakan

Pembayaran cicilan

- Minimal cicilan 1 bulan iuran atau Rp35.000/bulan
- Maksimal periode pembayaran cicilan = 36 bulan

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

SIMULASI CICILAN REHAB

Untuk Peserta Yang Masih di Segmen PBPU

REHAB TERBARU 2.0

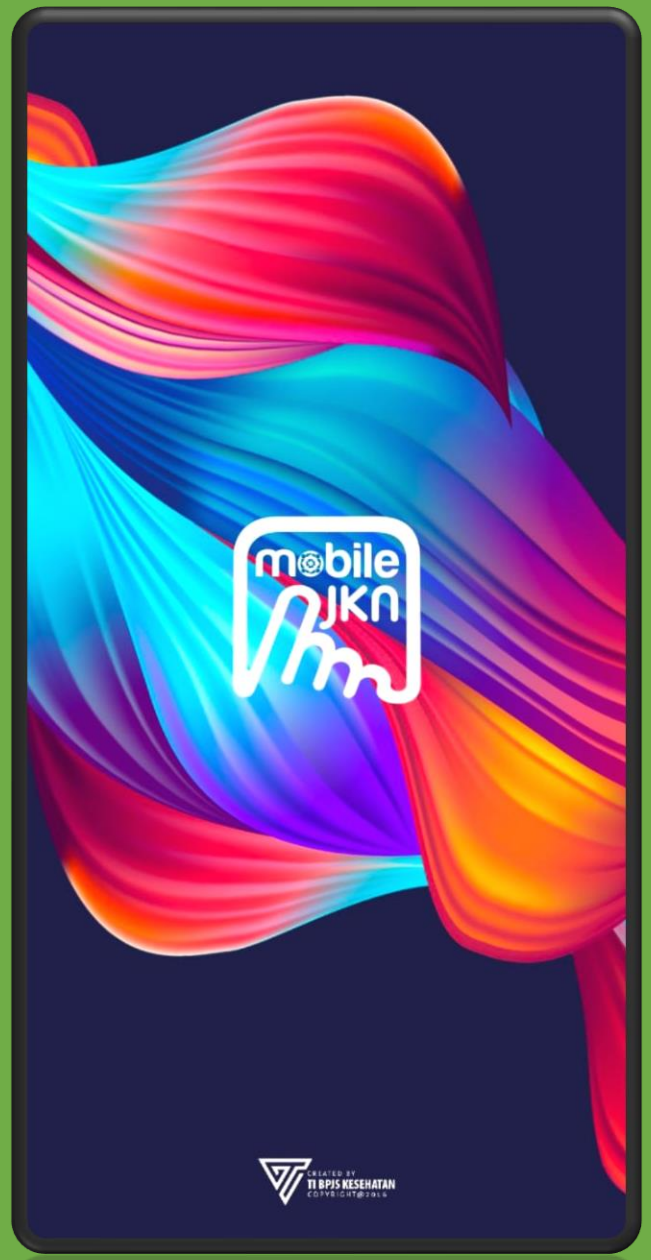
Peserta : Tn. A
Menunggak : 12 bulan
lama mencicil : 6 bulan
bayar potensi : -
Piutang : 420.000
bulan berjalan : 35.000
potensi : 175.000
Total : 630.000
Simulasi :

Bulan	Jumlah bulan	nominal bayar
Jan-25	3	105.000
Feb-25	3	105.000
Mar-25	3	105.000
Apr-25	3	105.000
May-25	3	105.000
Jun-25	3	105.000
Jul-25		
Aug-25		
Total	18	630.000

Reaktivasi →

Untuk Peserta PBPU yang Telah alih segmen

Nominal Tunggakan (Rp)	Jml Bulan Cicilan	Nominal Cicilan Per Bulan (Rp)
1.750.000	36	48.611



Pendaftaran REHAB Melalui Mobile JKN

Peserta PBPU

Tahapan Pendaftaran

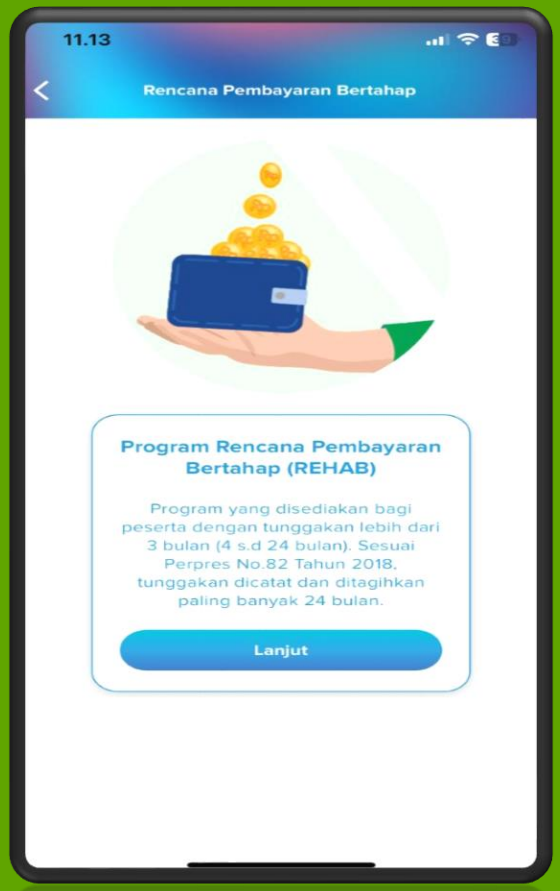
01

Pilih Rencana Pembayaran Bertahap pada menu Home Aplikasi Mobile JKN



02

Muncul informasi awal mengenai Program Rehab kemudian **klik → Lanjut**



03

Muncul informasi Total Tunggakan kemudian **klik → Selanjutnya**



04

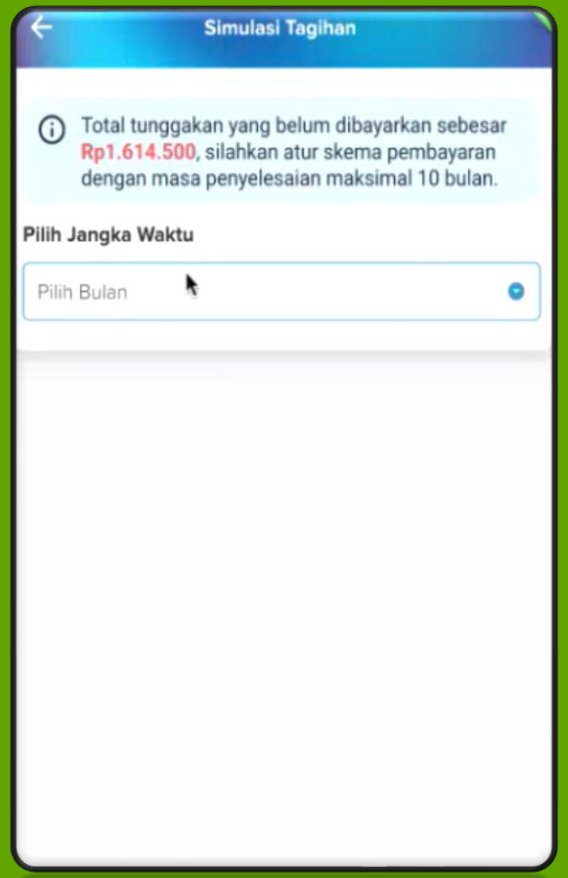
Muncul Syarat dan Ketentuan Program Rehab, **pilih → Saya Setuju**



Tahapan Pendaftaran

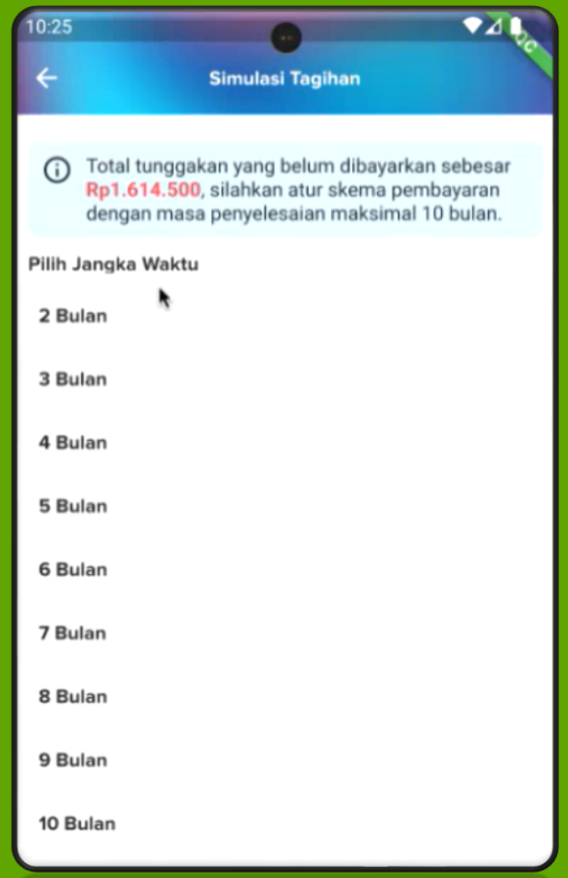
05

Muncul simulasi tagihan pembayaran bertahap



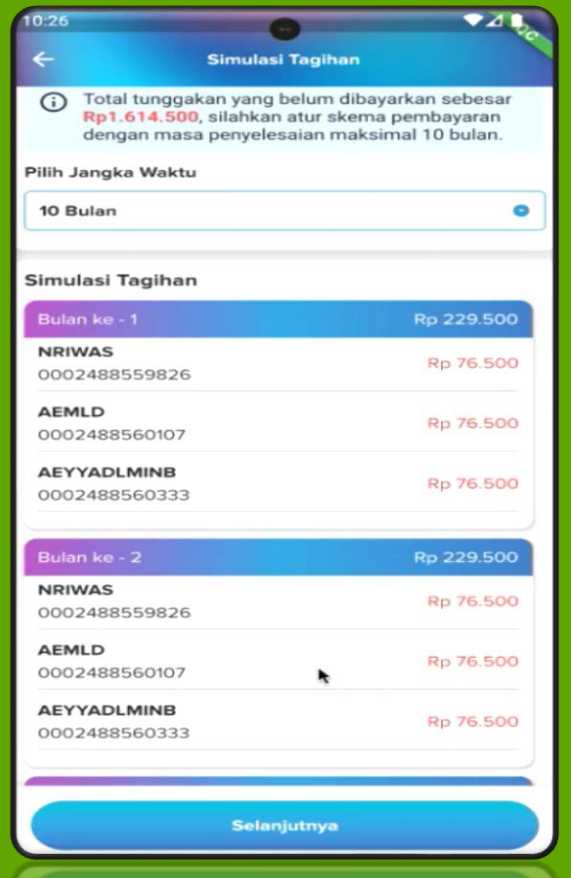
06

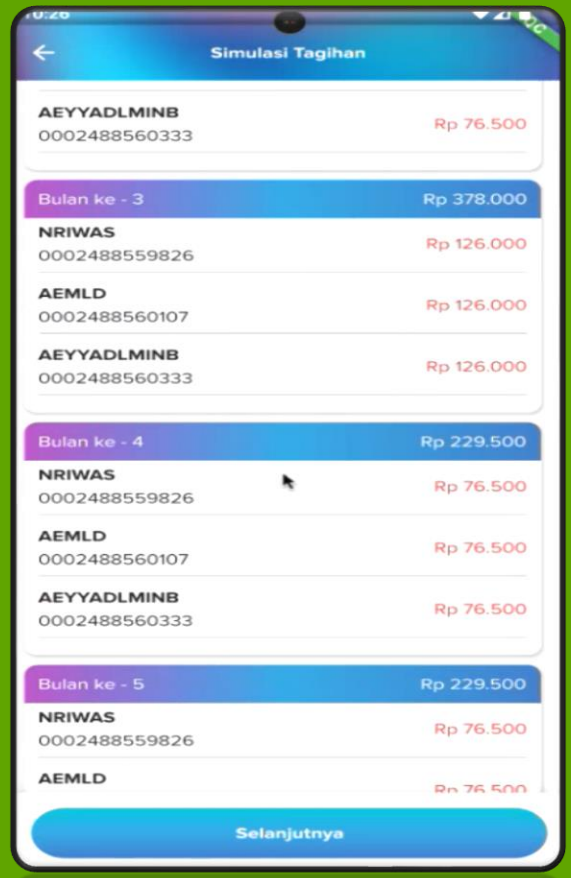
Pilih jangka waktu pembayaran bertahap→ Minimal 2 bulan dan Maksimal 12 bulan menunggak



07

Muncul rencana pembayaran tagihan bertahap kemudian klik → Lanjut

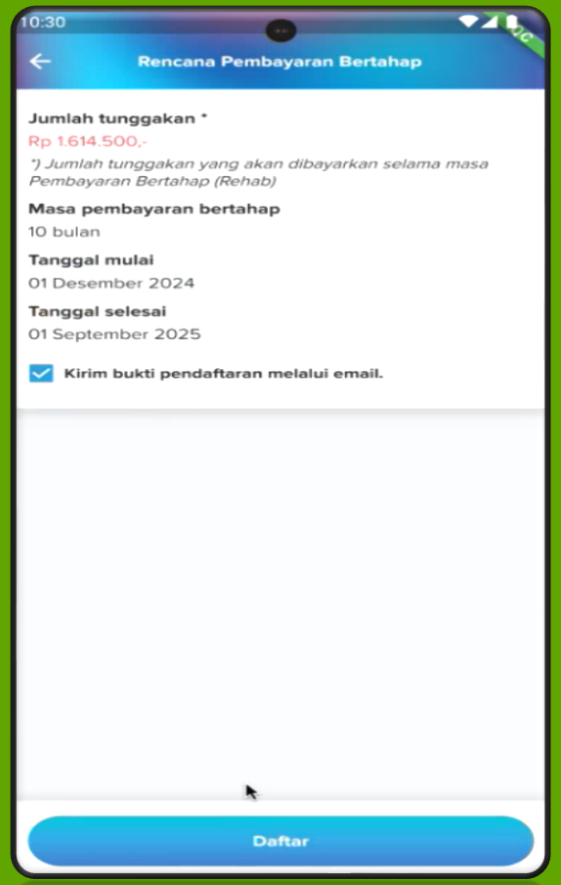




Tahapan Pendaftaran

08

Muncul rencana pembayaran Tagihan Bulan Berjalan yang terbentuk & kembali menjadi tunggakan



09

Pastikan email sudah sesuai, apabila belum sesuai dapat dilakukan perubahan pada menu ubah data, apabila telah sesuai klik → Setuju



10

Masukkan PIN



11

Setelah berhasil mendaftar akan muncul tampilan Berhasil





Pendaftaran REHAB Melalui Mobile JKN

Peserta PBPU Alih Segmen

Tahapan Pendaftaran

01

Pilih Rencana Pembayaran Bertahap pada menu Home Aplikasi Mobile JKN



02

Muncul informasi awal mengenai Program Rehab kemudian **klik → Lanjut**



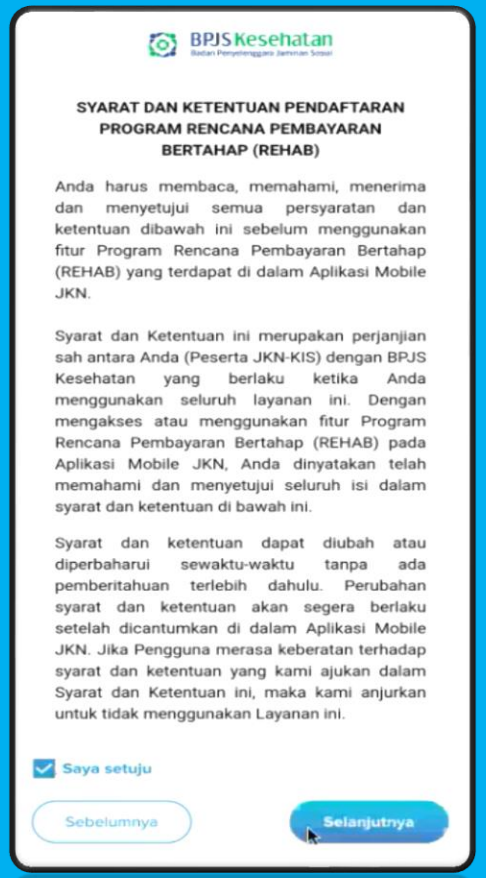
03

Muncul informasi Total Tunggakan kemudian **klik → Selanjutnya**



04

Muncul Syarat dan Ketentuan Program Rehab, **pilih → Saya Setuju**



05

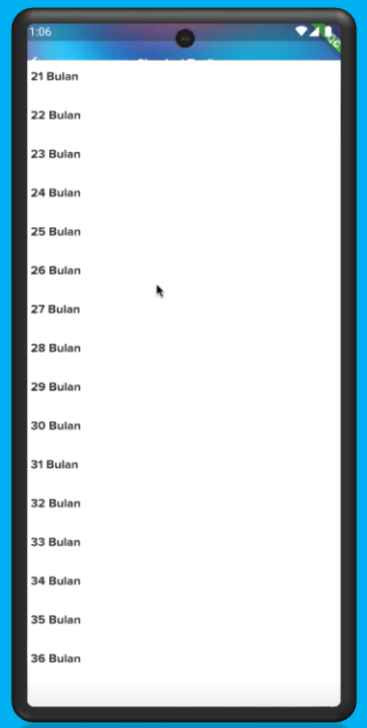
Muncul simulasi tagihan pembayaran bertahap



Tahapan Pendaftaran

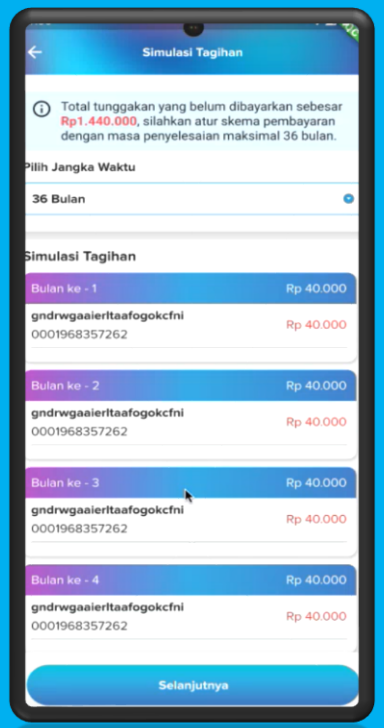
06

Pilih jangka waktu pembayaran bertahap, Minimal 2 bulan & Maks 36 bln



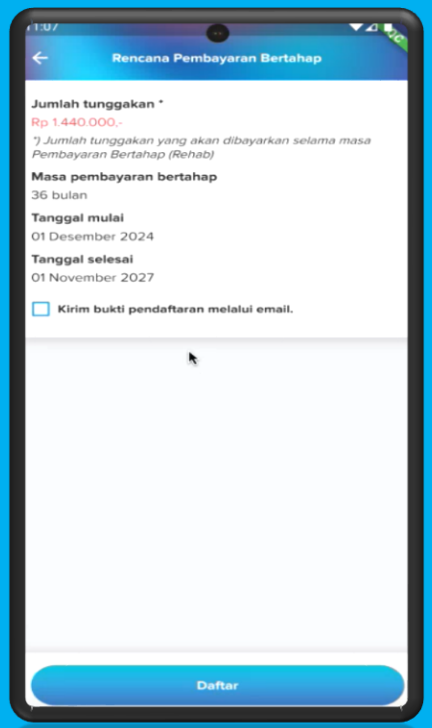
07

Muncul rencana pembayaran tagihan bertahap kemudian klik → Lanjut



08

Muncul rencana pembayaran Tagihan Bulan Berjalan yang terbentuk dan kembali menjadi tunggakan



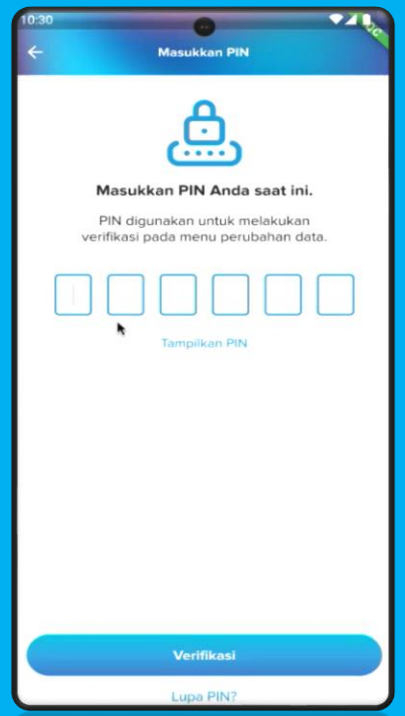
09

Pastikan email sudah sesuai, apabila belum sesuai dapat dilakukan perubahan pada menu ubah data, apabila telah sesuai klik → Setuju



10

Masukkan PIN



11

Setelah berhasil mendaftar akan muncul tampilan Berhasil





5 PELAYANAN KESEHATAN

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

JENIS FASILITAS KESEHATAN

Fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik **promotif**, **preventif**, **kuratif** dan **rehabilitatif** yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

Memberikan pelayanan kesehatan NON SPESIALISTIK

1. **PUSKESMAS** beserta jejaringnya;
2. **TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER (TPMD)** dengan jejaringnya (apotek, laboratorium, bidan, perawat);
3. **TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI (TPMDG)** beserta jejaringnya;
4. **KLINIK PRATAMA** beserta jejaringnya;
5. **RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA** atau yang setara

NB : Peserta JKN berhak melakukan perubahan faskes Tingkat pertama terdaftarnya setelah 3 bulan



FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan)

Memberikan pelayanan kesehatan SPESIALISTIK dan SUB SPESIALISTIK

1. **KLINIK UTAMA** atau yang setara
2. **RUMAH SAKIT UMUM** Milik Pemerintah/ Swasta
3. **RUMAH SAKIT KHUSUS**
4. Fasilitas Kesehatan Penunjang: **OPTIK, APOTEK**



Alur Pelayanan Kesehatan Program JKN



Peserta mengalami Sakit

Faskes Tkt. I

Puskesmas, Klinik dan Dokter Praktek Perorangan yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan



Hal yang perlu diketahui:

a. NIK/KTP, Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital (Luaran Mobile JKN) , KIS, Kartu JKN, Kartu Askes semuanya dapat digunakan untuk berobat di FKTP/FKRTL;
b. Saat berobat, pasien diberikan waktu selama 3x24 jam untuk dapat menunjukkan identitas kepesertaan JKN agar dapat dijamin oleh Program JKN;
c. Kepesertaan JKN harus dipastikan dari awal pelayanan, sehingga pada saat registrasi harus menyebutkan bahwa menggunakan JKN/BPJS;
d. Penjaminan menggunakan JKN tidak dapat dilakukan di tengah-tengah atau di akhir, sehingga apabila di awal telah menandatangani sebagai pasien umum maka tidak dapat beralih menjadi mekanisme Program JKN

Rujukan Sesuai Indikasi Medis

- Poli Spesialis
- FKTL/ Rumah Sakit

Kriteria gawat darurat yaitu:

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.

Gawat Darurat/ Emergency

IGD



Klaim

Ditetapkan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN YANG DIJAMIN

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama

01 Administrasi Pelayanan

02 Pelayanan Promotif & Preventif

03 Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi medis

04 Tindakan Medis Non Spesialistik

05 Obat, Alkes, bahan medis habis pakai

06 Laboratorium tingkat pratama

07 Rawat inap tingkat pertama

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

01 Administrasi Pelayanan

02 Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi medis dasar (gawat darurat)

03 Pemeriksaan, pengobatan, & konsultasi spesialis

04 Tindakan medis spesialistik

05 Obat, Alkes, bahan medis habis pakai

06 Rehabilitasi medis

07 Pelayanan darah

08 Pemulasaran jenazah

09 Penunjang Diagnostik lanjutan

10 Rawat inap intensif/non intensif

Ambulans

01 Ambulans diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang disertai upaya menjaga kestabilan kondisi pasien

Sumber : Perpres No 82 Tahun 2018 Pasal 46, 47 & 52

Manfaat Yang Tidak Dijamin

21 Layanan Kesehatan Tidak Dijamin BPJS

Seperti asuransi kesehatan lainnya, layanan BPJS berisi ketentuan tentang apa yang **bisa ditanggung dan tidak ditanggung.**



Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin BPJS Kesehatan berdasarkan Pasal 52 Perpres No.82/2018

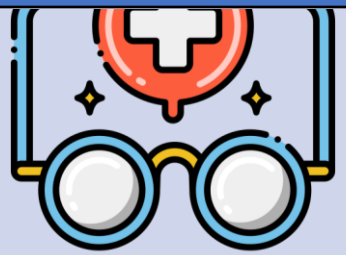
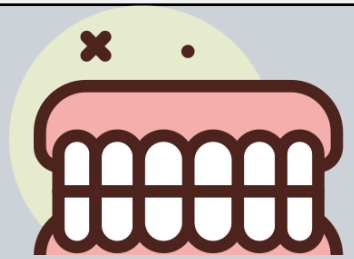


1. Yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (rujukan atas diri sendiri)
2. Yang dilakukan di faskes yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali darurat
3. Penyakit/cedera akibat kecelakaan kerja/hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja/jadi tanggungan pemberi kerja
4. Yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib
5. Layanan yang dilakukan di luar negeri
6. Untuk tujuan estetik
7. Untuk mengatasi infertilitas
8. Meratakan gigi atau ortodonsi
9. Penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri/akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
11. Pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen
13. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga
15. Akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah
16. Pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah
17. Yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial
18. Akibat penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan perdagangan orang
19. Yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia
20. Yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan
21. Yang sudah ditanggung dalam program lain.

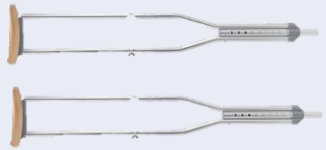


BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

MANFAAT ALAT BANTU KESEHATAN YANG DIJAMIN (1)

NO	NAMA ALAT KESEHATAN	NILAI GANTI	KETERANGAN
1	KACAMATA 	Kelas 3 : Rp.165.000,-	min : sferis 0,5D silindris 0,25D Paling cepat 2 Th. Sekali sesuai dg. indikasi medis dan resep dari dokter spesialis mata
		Kelas 2 : Rp. 220.000,-	
		Kelas 1 : Rp. 330.000,-	
2	ALAT BANTU DENGAR 	Maks. Rp. 1.100.000,-	Paling cepat 5 Th. sekali dg. Indikasi medis dan resep oleh dokter spesialis THT
3	PROTESA GIGI 	Maks. Rp. 1.100.000,- untuk gigi yang sama dan full protesa	Paling cepat 2 Th. Sekali sesuai dg. indikasi medis
		Maks. Rp. 550.000,- untuk masing2 rahang	

Sumber: Permenkes No 03 Tahun 2023

NO	NAMA ALAT KESEHATAN	NILAI GANTI	KETERANGAN
4	**PROTESA ALAT GERAK TANGAN & KAKI PALSU** 	Maks. Rp.2.750.000,-	Paling cepat 5 Th. Sekali sesuai dg. indikasi medis diresepkan oleh dokter spesialis Rehab Medik
5	**KORSET TULANG BELAKANG** 	Maks. Rp. 385.000,-	Paling cepat 2 Th. sekali dg. Indikasi medis
6	**COLLAR NECK** 	Maks. Rp. 165.000,-	Paling cepat 2 Th. Sekali sesuai dg. indikasi medis
7	**TONGKAT KRUK** 	Maks. Rp. 385.000,-	Paling cepat 5 Th. Sekali sesuai dg. indikasi medis

Sumber: PMK No 03 Tahun 2023

Pengaturan Baru Denda Layanan

SALINAN

PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 59 TAHUN 2024

TENTANG

PERUBAHAN KETIGA ATAS PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018

TENTANG JAMINAN KESEHATAN

Uraian	Sebelumnya Perpres No. 64/2020	Menjadi (Berlaku) Perpres No. 59/2024
Pengenaan denda dalam kurun waktu 45 hari sejak status kepesertaan aktif kembali.	Untuk **setiap pelayanan kesehatan** rawat inap tingkat lanjutan yang diperolehnya.	**Untuk satu kali rawat inap tingkat lanjutan yang diperolehnya**
Besaranan denda paling tinggi.	**Rp30**.000.000,00	**Rp20**.000.000,00

1. Bahwa apabila dalam waktu 45 hari sejak status kepesertaan aktif kembali, Peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk satu kali rawat inap tingkat lanjutan yang diperolehnya.
2. Denda tersebut dikenakan atas pelayanan kesehatan yang tagihan dendanya pertama kali dicetak.
3. Denda sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket *Indonestan Case Based Groups* berdasarkan diagnosa dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan:
   a. Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan
   b. Besar denda paling tinggi Rp20.000.000,00.
4. Bagi Peserta PPU, pembayaran denda ditanggung oleh Pemberi Kerja.
5. Ketentuan pembayaran denda dikecualikan untuk:
   a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
   b. Peserta PBPU dan Peserta BP yang lurannya seluruhnya dibayar oleh Pemerintah Daerah.
6. Kebijakan pengenaan denda akibat keterlambatan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan mulai berlaku sejak tanggal 8 Mei 2024.

BAGAIMANA MENGAKSES PELAYANAN KESEHATAN DILUAR WILAYAH DOMISILI/TEMPAT TINGGAL?



Peserta mengunjungi FKTP terdekat yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maksimal 3 kali dalam 1 bulan di FKTP yang sama



Pada keadaan kegawatdaruratan medis, seluruh Fasilitas Kesehatan WAJIB memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN



Memanfaatkan NIK sebagai identitas peserta JKN



6

KECURANGAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Kecurangan (Fraud)



Menurut :

1. Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018
2. Peraturan Menteri Kesehatan no 16 tahun 2019
3. Peraturan BPJS Kesehatan no 6 tahun 2020

Adalah tindakan yang **dilakukan dengan sengaja,** untuk mendapatkan **keuntungan finansial** dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui **perbuatan curang** yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelaku Kecurangan

siapa saja yang dapat melakukan kecurangan?



PESERTA

PETUGAS BPJS KESEHATAN



PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN



PEMANGKU KEPENTINGAN LAINNYA

*jenis-jenis kecurangan yang dapat dilakukan mengacu pada ketentuan dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Bentuk Kecurangan

Peserta

1. Memalsukan data dan/atau identitas peserta untuk memperoleh pelayanan Kesehatan, termasuk melakukan manipulasi dan/atau pemalsuan data kepesertaan, iuran dan informasi palsu yang digunakan untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau kelompok yang dapat merugikan peserta dan/atau BPJS Kesehatan;
2. Meminjamkan/menyewakan/memperjualbelikan Identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri
3. memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unneccesary services*)
4. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan
5. memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan



Pemangku Kepentingan Lainnya

1. Perbuatan memanipulasi data kepegawaian
2. jumlah dan upah pegawai/pekerja tidak disampaikan secara riil; dan
3. perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan
4. Melakukan manipulasi dan/atau pemalsuan data kepesertaan, iuran dan informasi palsu yang digunakan untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau kelompok yang dapat merugikan peserta dan/atau BPJS Kesehatan.





BPJS Kesehatan

1. Melakukan kerja sama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan. termasuk melakukan manipulasi dan/atau pemalsuan data kepesertaan, iuran dan informasi palsu yang digunakan untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau kelompok yang dapat merugikan peserta dan/atau BPJS Kesehatan;
2. Melakukan kerja sama dengan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan;
3. Menyetujui/membiarkan/memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari Peserta atau Fasilitas Kesehatan;
4. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya
5. Menggunakan dana jaminan kesehatan untuk kepentingan pribadi;
6. Menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
7. Menerima titipan pembayaran iuran dari peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS kesehatan

Bentuk Kecurangan

Faskes Tingkat Pertama

1. penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, contoh manipulasi hasil laboratorium;
2. menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
3. memanipulasi data untuk meningkatkan pembayaran kapitasi dan non kapitasi
4. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
5. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan;
6. memalsukan dokumen terkait Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan







Apotek, Laboratoritum, Apotek, Penyedia Alat Kesehatan

1. Klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien;
2. Mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep;
3. Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (Inflated bills);
4. Memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata; dan
5. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.



Bentuk Kecurangan

Faskes Tingkat Rujukan

1. Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan;
2. penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*);
3. klaim palsu (*Phantom billing*);
4. Penggelembungan Tagihan obat dan/atau alat kesehatan (Inflated bills)
5. pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan;
6. pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*);
7. Melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinas adalah rujukan semu (*self-referals*);
8. tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*);
9. memperpanjang hari lama perawatan (*prolonged length of stay*)
10. memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*);







11. melakukan tindakan yang tidak dilakukan;
12. melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis
13. admisi yang berulang (*readmisi*);
14. menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
15. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan;
16. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan;

KPK: Kerugian dari Fraud di Bidang Kesehatan Capai Rp 20 Triliun

Yogi Ernes - detikNews

Kamis, 19 Sep 2024 22:27 WIB



KPK (Ari Saputra/detikcom)

Kesadaran Semua Pihak Dibutuhkan Untuk Mencegah *Fraud*

Guru Besar Fakultas Kedokteran UGM
Laksono Trisnantoro

Mencegah kecurangan (*fraud*) jadi salah satu tantangan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat (JKN/KIS) yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Salah satu dampak tindak kecurangan itu berdampak mengganggu kesehatan keuangan BPJS Kesehatan karena dana yang dibayar untuk memberikan manfaat kepada peserta menjadi sangat besar. Jika hal ini terus terjadi, maka keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan akan terganggu, bahkan sustainabilitas program JKN/KIS yang baru berjalan 2 tahun menjadi terancam.

Keberlanjutan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) membutuhkan peran dan dukungan seluruh Masyarakat dalam mendukung urgensi kehadiran Jaminan Sosial Nasional di Indonesia

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Terima Kasih

www.bpjs-kesehatan.go.id

bpjskesehatan_ri BPJS Kesehatan BPJSKesehatanRI

NOMOR TUNGGAL PANDAWA
0811 8 165 165

BPJS Kesehatan CARE CENTER 165

mobile JKN

Google Play App Store