

# Prosedur Pendaftaran Peserta JKN

## Bagaimana prosedur pendaftaran peserta JKN?

Pendaftaran peserta JKN ditentukan berdasarkan kategori peserta.

### A. Pendaftaran Bagi Penerima Bantuan Iuran / PBI

Pendaftaran Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang menjadi peserta PBI dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang statistik (Biro Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial.

Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

### B. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah / PPU

1. Perusahaan / Badan usaha mendaftarkan seluruh karyawan beserta anggota keluarganya ke Kantor BPJS Kesehatan dengan melampirkan :
  - a. Formulir Registrasi Badan Usaha / Badan Hukum Lainnya
  - b. Data Migrasi karyawan dan anggota keluarganya sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.
2. Perusahaan / Badan Usaha menerima nomor Virtual Account (VA) untuk dilakukan pembayaran ke Bank yang telah bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)
3. Bukti Pembayaran iuran diserahkan ke Kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN atau mencetak e-ID secara mandiri oleh Perusahaan / Badan Usaha.

### B. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah / PBPU dan Bukan Pekerja

#### • Pendaftaran PBPU dan Bukan Pekerja

1. Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan
2. Mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan Fotokopi Kartu Keluarga (KK), Fotokopi KTP/Paspor, dan Pasfoto 3 x 4 sebanyak 1 lembar. Untuk anggota keluarga menunjukkan Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akte Kelahiran.
3. Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA)
4. Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)
5. Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN.

**Pendaftaran selain di Kantor BPJS Kesehatan, dapat melalui Website BPJS Kesehatan**

#### • Pendaftaran Bukan Pekerja Melalui Entitas Berbadan Hukum (Pensiunan BUMN/BUMD)

Proses pendaftaran pensiunan yang dana pensiunnya dikelola oleh entitas berbadan hukum dapat didaftarkan secara kolektif melalui entitas berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

## Penambahan Anggota Keluarga PPU

Iuran JKN bagi peserta Pekerja Penerima Upah /PPU adalah sebesar 4,5% dari Gaji/Upah Pekerja (4% dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% dibayar oleh Pekerja.). Iuran tersebut menanggung maksimal 5 orang anggota keluarga, terdiri dari pekerja, suami/ istri, anak kandung/ anak tiri/ dan atau anak angkat yang sah dari pekerja

**Bagaimana jika pekerja ingin mengikutsertakan anak ke-4 dan seterusnya, orangtua, mertua, dan kerabat lainnya?**

- Penambahan anggota keluarga yang meliputi anak ke-4, dan seterusnya, orang tua dan mertua, dikenakan tambahan iuran sebesar 1% dari gaji/upah untuk setiap orang anggota tambahan.
- Penambahan kerabat lainnya seperti kakak, adik, paman, bibi, asisten rumah tangga, driver dan lain-lain, dengan membayar iuran secara nominal sesuai kelas perawatan yang dipilih, yaitu:
  - Kelas I Rp.59.500,-/orang/bulan
  - Kelas II Rp.42.500 /orang/bulan
  - Kelas III Rp. 25.500,-/ orang/bulan

**Bagaimana cara mendaftarkan anggota keluarga tambahan?**

### A. Pendaftaran secara kolektif dari Perusahaan

1. Pekerja memberikan surat kuasa pemotongan gaji kepada pemberi kerja untuk penambahan iuran bagi anggota keluarga tambahan kepada BPJS Kesehatan.
2. Perusahaan mengumpulkan data anggota keluarga tambahan untuk didaftarkan kepada BPJS Kesehatan sesuai Surat Kuasa.
3. Perusahaan akan mendaftarkan secara kolektif dan akan memotong gaji sebesar 1% per anggota keluarga tambahan, dibayar melalui Virtual Account Perusahaan tersebut.

### B. Pendaftaran secara perorangan oleh pekerja

1. Anggota keluarga tambahan didaftarkan secara perorangan oleh pekerja
2. Penanggung jawab perusahaan dapat membantu pendaftaran awal
3. Masing-masing anggota keluarga tambahan akan mendapatkan Virtual Account dengan besaran iuran secara nominal sesuai kelas perawatan yang dipilih

**Bagaimana jika masing-masing anggota keluarga berdomisili di daerah berbeda?**

Setiap peserta dan anggota keluarga dapat memilih fasilitas kesehatan tingkat I sesuai domisili masing-masing dan akan mendapat kartu peserta / e-ID untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai ketentuan.

## **Pembayaran iuran JKN**

Peserta JKN membayar iuran ke nomor Virtual Account (VA) melalui Bank yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yaitu BRI/Mandiri/BNI.

### **Bagaimana ketentuan pembayaran iuran JKN setiap bulannya?**

Peserta JKN (Pekerja Penerima Upah/PPU, Pekerja Bukan Penerima Upah/PBPU dan Bukan Pekerja) wajib membayar iuran ke BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan.

Apabila tanggal 10 jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

### **Bagaimana jika peserta JKN terlambat membayar iuran?**

- Untuk kepesertaan PPU, Pemberi Kerja dikenakan denda administratif sebesar 2% per bulan dari total iuran yang tertunggak.  
Penjaminan akan dihentikan sementara jika keterlambatan pembayaran iuran lebih dari 3 bulan.
- Bagi peserta PBPU dan Bukan Pekerja dikenakan denda keterlambatan sebesar 2% per bulan dari total iuran yang tertunggak.  
Penjaminan akan dihentikan sementara jika keterlambatan pembayaran iuran lebih dari 6 bulan.

### **Bagaimana jika peserta kelebihan dalam membayar iuran?**

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran Jaminan Kesehatan sesuai dengan besaran iuran yang menjadi kewajiban peserta.

Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

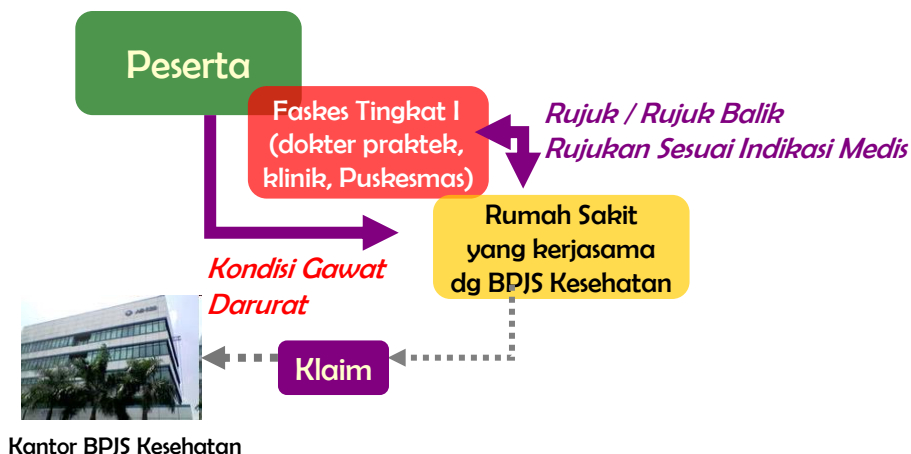
## Manfaat dan Prosedur Pelayanan JKN

### Manfaat apa saja yang diperoleh bagi peserta JKN?

- Pelayanan yang diberikan secara menyeluruh (komprehensif) baik peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif) serta pemulihan kesehatan (rehabilitatif)
- Pelayanan kesehatan dijamin sesuai indikasi medis, baik di rawat jalan tingkat pertama oleh dokter umum baik di Puskesmas/dokter praktek/klinik maupun dirawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap oleh dokter spesialis di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Termasuk pelayanan obat, penunjang diagnostik, dan tindakan operatif.

### Bagaimana prosedur pelayanan kesehatan?

- Apabila peserta sakit maka akan dilayani terlebih dahulu di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas/dokter praktek/klinik) sesuai pilihan peserta yang terdapat dalam kartu /e-ID JKN BPJS Kesehatan
- Apabila diperlukan tindakan spesialistik sesuai indikasi medis akan dirujuk ke Poli Spesialistik di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk rawat inap.
- Apabila dalam keadaan gawat darurat peserta dapat langsung ke unit gawat darurat di Rumah Sakit tanpa melalui rujukan.



Informasi detail mengenai Program Jaminan Kesehatan Nasional dapat dilihat pada:

- Perpres No. 12 Tahun 2013
- Perpres RI Nomor 111 Tahun 2013
- Permenkes RI Nomor 71 tahun 2013
- Permenkes No. 69 Tahun 2013
- Keputusan Menkes RI No. 455 Tahun 2013
- Surat Edaran Menkes No. 31 Tahun 2014
- Surat Edaran Menkes No. 32 Tahun 2014
- Peraturan BPJS Kesehatan No.1 Tahun 2014

# Pelayanan Kesehatan yang Dijamin Dalam Program JKN

## Pelayanan kesehatan apa saja yang dijamin dalam program JKN?

1. Pelayanan kesehatan *tingkat pertama*, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
  - a. Administrasi pelayanan;
  - b. Pelayanan promotif dan preventif;
  - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
  - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
  - f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
  - g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
  - h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
2. Pelayanan kesehatan rujukan *tingkat lanjutan*, meliputi :
  - a. Administrasi pelayanan;
  - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
  - c. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
  - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
  - e. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
  - f. Rehabilitasi medis;
  - g. Pelayanan darah;
  - h. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
  - i. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
  - j. Perawatan inap non intensif; dan
  - k. perawatan inap di ruang intensif.
3. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri. Kesehatan

## Apakah program JKN juga menjamin pembiayaan alat-alat kesehatan?

BPJS Kesehatan menanggung pembiayaan alat-alat kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Berikut daftar alat-alat kesehatan yang ditanggung dalam program JKN\*:

No	Nama Alat Kesehatan	Nilai Ganti	Keterangan
1.	Kacamata	Kelas 3 : Rp.150.000,- Kelas 2 : Rp.200.000,- Kelas 1 : Rp 300.000,-	min : sferis 0,5D silindris 0,25D Paling cepat 2 Th. Sekali sesuai dengan indikasi medis
2.	Alat Bantu Dengar	Maks. Rp. 1.000.000,-	Paling cepat 5 Th. sekali dengan Indikasi medis
3.	Protesa Gigi	Maks. Rp 1.000.000,- untuk gigi yang sama dan full protesa Maks. Rp. 500.000,- untuk masing-masing rahang	Paling cepat 2 Th. Sekali sesuai dengan indikasi medis
4.	Protesa Alat GerakTangan & Kaki Palsu	Maks. Rp.2.500.000,-	Paling cepat 5 Th. Sekali sesuai dengan indikasi medis
5.	Korset Tulang Belakang	Maks. Rp. 350.000,-	Paling cepat 2 Th. sekali dengan Indikasi medis
6.	Collar Neck	Maks. Rp. 150.000,-	Paling cepat 2 Th. Sekali sesuai dengan indikasi medis
7.	Kruk	Maks. Rp. 350.000,-	Paling cepat 5 Th. Sekali sesuai dengan indikasi medis

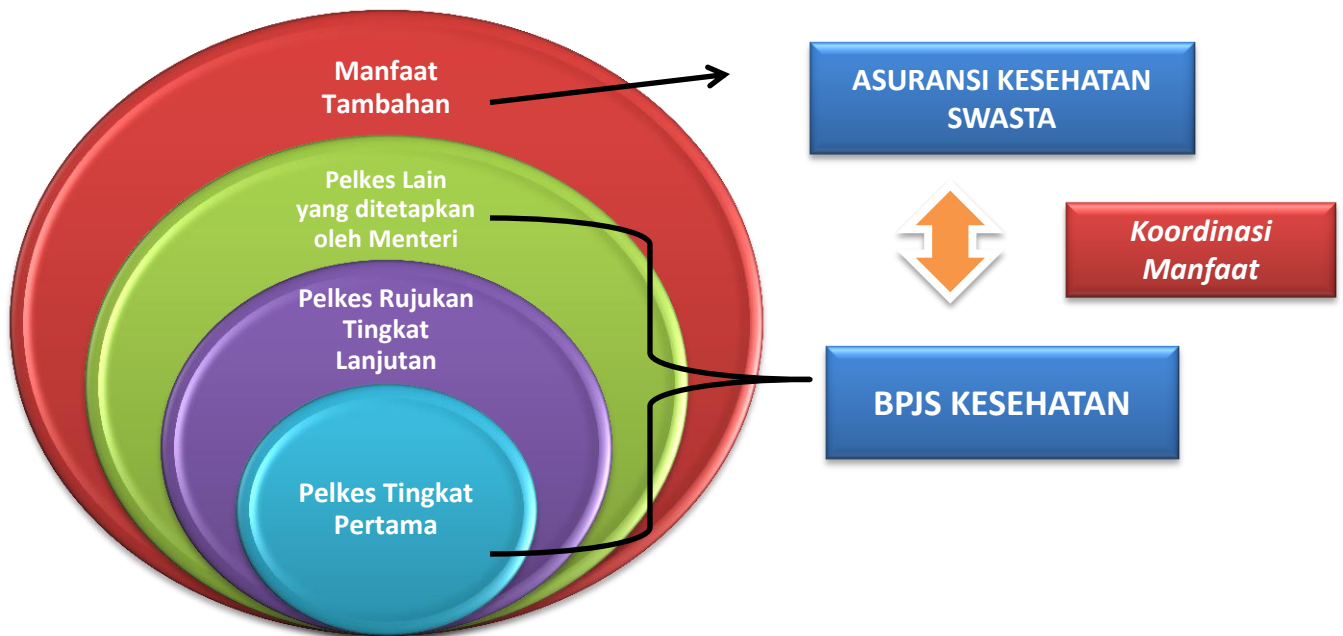
\* SE No HK/MENKES/31/I/2014

## Koordinasi Manfaat (1)

**Koordinasi Manfaat** adalah suatu kondisi dimana dua atau lebih Penanggung (*payer*) yang menanggung orang yang sama untuk manfaat asuransi kesehatan yang sama, dengan membatasi total manfaat dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelayanan kesehatan yang dibiayakan.

**Bagaimana jika perusahaan sudah memiliki asuransi kesehatan tambahan (asuransi swasta) ?**

Bagi perusahaan tetap mendaftarkan sebagai peserta JKN dan melakukan koordinasi manfaat jika sudah memiliki asuransi swasta.



**Bagaimana cara pendaftaran bagi Perusahaan yang telah memiliki/menginginkan asuransi kesehatan tambahan?**

1. Perusahaan dapat menghubungi asuransi swasta yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Bagi perusahaan yang mendaftarkan sebagai peserta Koordinasi Manfaat, pembayaran iuran ke nomor Virtual Account yang diberikan oleh BPJS Kesehatan, dapat dilakukan oleh Perusahaan atau melalui asuransi swasta.

## Koordinasi Manfaat (2)

Perusahaan yang memiliki/menginginkan asuransi kesehatan tambahan (asuransi swasta) dapat mendaftar sebagai peserta JKN dan melakukan Koordinasi Manfaat.

### Apa saja manfaat yang diperoleh peserta JKN yang memiliki asuransi kesehatan tambahan (asuransi swasta)?

- Peserta yang dirawat di kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya maka selisih biaya dapat ditanggung asuransi swasta.
- Alat bantu kesehatan di luar paket INA CBG's yang jenis dan plafon harganya ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yaitu : Kacamata, Alat bantu dengar, Protesa Alat Gerak, Protesa Gigi dan Korset tulang belakang. Selisih biaya dapat ditanggung asuransi swasta.
- Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh program JKN, dijamin oleh asuransi swasta

Besaran pertanggungungan dan penjaminan pelayanan kesehatan dari asuransi swasta sesuai dengan polis yang disepakati antara peserta dan asuransi swasta.

### Bagaimana penjaminan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang memiliki asuransi kesehatan tambahan?

1. Peserta mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang **bekerjasama** dengan BPJS Kesehatan :
  - a. Peserta mendapat pelayanan rawat jalan maupun rawat inap sesuai dengan haknya, maka biaya ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
  - b. Peserta mendapat pelayanan rawat jalan (poli eksekutif) maupun kelas rawat lebih tinggi daripada hak, maka BPJS Kesehatan akan menanggung biaya sesuai hak peserta dan selisih biaya ditanggung asuransi swasta.
2. Peserta mendapatkan pelayanan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang **tidak bekerjasama** dengan BPJS Kesehatan:
  - a. Untuk kasus rawat inap;
 

Peserta menempati kelas perawatan sesuai dengan hak ataupun menempati kelas lebih tinggi dari haknya sebagai peserta BPJS kesehatan, maka BPJS Kesehatan akan menanggung biaya sesuai dengan hak peserta dan selisih biaya ditanggung asuransi swasta.
  - b. Pada Rumah Sakit yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan asuransi swasta.

Mekanisme pembayaran selisih biaya yang ditanggung asuransi swasta sesuai polis yang diperjanjikan antara asuransi swasta dengan Peserta.