



**Kementerian Koordinator
Bidang Kesejahteraan Rakyat
Republik Indonesia**

KUMPULAN NASKAH

Pembentukan Peraturan Pelaksanaan UU SJSN

**Konsep Rancangan Peraturan Presiden tentang
Program Jaminan Kesehatan Nasional
(Konsep RPerPres PJKN)**

Pembahasan Awal, 2007 – 2008
(dalam proses pembentukan)



Jakarta, 7 November 2008

Dikumpulkan oleh:

**Kedeputian Bidang Koordinasi Perlindungan Sosial dan Perumahan Rakyat
Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat**

Bekerjasama

GTZ-GVG SHI SUPPORT



Daftar Isi

Daftar Isi.....	1
1. Catatan Rapat (26 Februari 2008) Pembahasan Konsep RPerPres tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional.....	3
2. Kronologis Tahapan Penyusunan RPerPres tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional	9
3. Konsep Independen: Usulan Pokok-Pokok Pikiran Untuk Penyusunan RPerPres tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (3 Oktober 2007).....	13
4. Laporan Perumusan Konsep Rancangan Peraturan Presiden Tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (1-2 November 2007).....	41



**Kementerian Koordinator
Bidang Kesejahteraan Rakyat
Republik Indonesia**

CATATAN RAPAT

Tujuan pertemuan:	Pembahasan Konsep RPerPres tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional
Tanggal, waktu, tempat:	Selasa, 26 Februari 2008, 09.00 – 12.00 WIB Wisma Askes – Cisarua
Pimpinan Rapat:	Prof. dr. Hasbullah Thabrani, MPH., Dr.(PH). Anggota Tim Perumus Peraturan Pelaksana UU SJSN (Perwakilan Departemen Kesehatan)
Peserta:	<ul style="list-style-type: none">▪ 4 orang Kedeputusan Bidang Kesra dan Perumahan Rakyat▪ 11 orang dari 15 calon anggota DJSN dan yang mewakili dari unsur Departemen Sosial▪ 2 orang wakil dari Departemen Kesehatan (Biro Hukum dan P2JK)▪ 6 orang perwakilan BUMN Penyelenggara JS (PT. (Persero) Jamsostek dan PT. Askes Indonesia (Persero)▪ 4 orang Tenaga Ahli GTZ SHI Project
Agenda Rapat:	Pembahasan konsep PJKN terkait: 1. Kepesertaan dan Iuran 2. Paket Manfaat 3. Pemberian Pelayanan Kesehatan
Dilaporkan kepada:	1. Kedeputusan Bid. Koordinasi Perumahan Rakyat & Perlindungan Sosial, Kemenko Kesra 2. GTZ – SHI Project
Dilaporkan oleh:	GTZ – SHI Project
Diedarkan kepada:	1. Kedeputusan Bid. Koordinasi Perumahan Rakyat & Perlindungan Sosial, Kemenko Kesra 2. GTZ – SHI Project

A. HASIL PERTEMUAN

1. Hasil diskusi dan untuk diperhatikan:

a. Kepesertaan

- Jangan sampai terjadi pekerja formal (miskin) juga menjadi PBI.
- Tidak boleh bersifat sukarela & pilihan (mis. hanya mengikutsertakan keluarga yang sakit saja)

- SJSN untuk seluruh rakyat dan pesertanya adalah yang membayar iuran. Untuk pemilik perusahaan dapat membayar sesuai dengan *ceiling* maksimal. Yang mampu iur harus membayar dan yang belum mampu akan diurkan oleh Pemerintah (PBI JS).
- Perlu dicermati pada sektor informal mencakup pekerja & pemberi kerja.
- UU No. 3/1992 dengan pendekatan pekerja formal dan informal maka perlu kajian lagi untuk mempertimbangkan pemberi kerja dengan jumlah pekerja di bawah 10 orang namun seharusnya sudah bisa terkena kewajiban mengikuti JS.
- Pentahapan kepesertaan pada sektor formal terhadap yang belum mengikuti jaminan sosial.
- Pertimbangan sifat kontinuitas kerja mengingat banyak buruh di sektor informal.

b. Iuran

- Penentuan besaran iuran dapat :
 - ditentukan berdasarkan manfaat pelayanan dasar layak yang akan diterima peserta
 - ditinjau 6 bulan/tahun
 - berdasarkan persentase upah/gaji (*take home pay*) bagi pekerja sektor formal
 - seragam untuk peserta yang belum dan sudah menikah
 - 5% gaji/upah --- persentase 2,5% : 2,5%
 - berdasarkan nominal per-kapita bagi pekerja sektor informal
- Keluarga lain/penambahan peserta (nominal continuous)
 - formal : 1% gaji/upah per keluarga lain/ penambahan peserta
 - informal : 1% dari nominal per-kapita
- Dengan perkiraan *ceiling* bawah, juga dapat jadi acuan untuk menentukan besaran iuran bagi PBI.
- Perlu mengantisipasi terjadinya *overprice* daripada terjadinya *underprice*.
- *Average* perusahaan 5.2% dari *labor cost* untuk biaya kesehatan.
- Penetapan besaran iuran sektor informal harus berdasarkan penelitian aktuarial.
- Masyarakat miskin yang sudah mampu dapat menjadi peserta dan harus membayar iuran. Penggunaan mekanisme *management capacity* juga tidak mudah.
- Untuk mendidik masyarakat, pekerja sektor informal juga harus ikut mengiur (tidak menjadi beban APBN) sebagai tanggung jawab atas dirinya.
Dimungkinkan adanya formula bagi sektor informal tidak mampu yang juga dibantu APBN dengan komposisi = 50% : 50%
- Pada sektor formal, dimungkinkan komposisi iuran pekerja dan pemberi kerja = 50% : 50% (mis. menaikkan upah 2,5% → hanya untuk peningkatan asuransi kesehatan terhadap peningkatan pelayanan dan manfaat).
- Secara bertahap PP No. 14 *off out* dan *ceiling* juga akan diperbaiki.
- Perlu penjelasan/informasi sebelumnya pada peserta tentang *cost shearing* dari *total cost* terhadap paket-paket biaya pelayanan.
- Perbedaan 2 jenis iuran dapat dimungkinkan, namun dengan pelayanan kesehatan yang sama.

c. Manfaat

- Perluasan manfaat jaminan dengan prinsip gotong royong. Pembatasan dapat dilakukan terhadap paket manfaat (perlu koordinasi benefit yang ditanggung 'pelayanan dasar' dan benefit pada 'suplemen').
- Pelayanan yang saat ini tidak ditanggung akan ditanggung sesuai dengan pelayanan standar (pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk hidup produktif). Dengan prinsip gotong royong maka urun biaya menjadi lebih ringan.
- Dalam masa transisi, peserta sektor formal (Askes dan Jamsostek) boleh memilih pelayanan primer pelayanan dokter puskesmas (gratis) atau dokter keluarga (konsekuensi tambah iuran x%).
- Asuransi publik di kelas standar termasuk pelayanan dasar
- Peserta dapat memperoleh pelayanan *on top* hanya pada fasilitas 'hotel' dan dengan pelayanan medis termasuk pelayanan dasar.
- Paket askes paling komprehensif dan tarif terhadap provider yang harus dikendalikan. Jamsostek dengan RS III *coverage* 4.5% dan *ceiling* 1 juta.
- Pelayanan Puskesmas harus ditingkatkan dan diberdayakan (waktu kerja dan jenis pelayanan) selaku rujukan PJKN dan perlakuannya sama dengan fasilitas pelayanan keluarga 24 jam
- Pelayanan kesehatan terpadu (dokter keluarga) mencakup dokter dan apoteker.
- Perlu perhatian adanya juklak dan juknis terhadap aturan ini. Misalnya tarif pelayanan, apakah *cost searing* terhadap tindakan medis. Juga kendali biaya terhadap pelayanan berjenjang. Kendali mutu terhadap infra struktur dan mekanismenya.
- Perlu diatur sistem dan prosedur dalam pelayanan kesehatan. Misalnya penyesuaian standar tariff (terhadap SK Menkes, dll.). Besaran tarif harus sama dan menjadi kewenangan BPJS untuk negosiasi dengan asosiasi pelayanan kesehatan (kapitasi). *Best rate/index* kemahalan juga dapat ditetapkan.
- Pembayaran manfaat berdasarkan hasil negosiasi BPJS dengan para provider melalui asosiasi.
- *Unit cost* oleh provider adalah *ghost cost. Manage care* bukan asuransi sosial tapi asuransi komersial. Teknik kendali biaya selama ini telah dilakukan.
- Belum pernah ada standar pelayanan yang ada. Idealnya dibuat kajian sebelum menentukan. Standar pelayanan pada prinsipnya sudah ada (UU kedokteran), sedangkan standar tarif kesehatan belum ada.
- Rumusan teknis penyelenggaraan (tarif dll.) diatur dalam tingkat Menteri, berdasarkan penelitian yang dilakukan.
- Kendali biaya harus diperhatikan berdasarkan *basic income*.
- Kendali biaya dalam finansial dan pelayanan. *Force major* akan ditanggung oleh Pemerintah dan cukup diatur dalam UU tapi akan tetap diperhitungkan.
- Adanya pengaturan tarif dasar pelayanan kesehatan yang menjadi dasar negosiasi dengan provider. *Base rate* juga diperlukan untuk penentuan tarif. Hal ini tidak perlu diatur teknis dalam RPerPres dan sudah implisit dalam 'negosiasi' oleh BPJS.
- Pelayanan:
 - Rawat jalan tingkat I Puskesmas untuk PBI sedangkan untuk sektor formal/sector informal pada Puskesmas/dokter keluarga
 - Rawat inap pada RS ruang kelas 3 untuk PBI, sedangkan untuk sektor formal/sector informal pada RS ruang kelas 2 dan dapat naik ke kelas 1 dengan membayar tambahan biaya fasilitas 'hotel'

- Rawat jalan *fix charge* dengan *co-payment*. Pinsipnya kendali biaya tapi tidak sangat ketat.
- Dipertimbangkan adanya perbedaan *cost shearing* 20% atau *co-payment fix*. Untuk sementara dapat dimungkinkan adanya kelas 2 dan kelas 3.
- Perbedaan kualitas dapat memungkinkan pelayanan 'hotel' pada RS pemerintah kelas 2 setara dengan RS Swasta kelas 2 dengan ditambah x%

d. Lain-Lain

- Perlu adanya perbandingan penyelenggaraan program Jaminan Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Jamsostek, Askes, dan Askeskin.
- Dalam PerPres, kewenangan BPJS dapat diatur secara teknis atau cukup diamanatkan dalam UU SJSN.

2. Kesimpulan

a. Sektor Formal

- Perlu kajian aktuarial untuk menentukan besaran iuran terhadap benefit (mis. 5% upah = ± Rp. 15.000)

b. Sektor Informal (equivalent terhadap sektor formal)

- Perlu kajian sektor informal, biasanya diasumsikan dengan memprediksi pendapatan per kapita per tahun, atau berdasarkan UMP.
- Pekerja/pemberi kerja sektor informal: 1) mampu, 2) tidak mampu. Perlu profil sektor informal untuk menentukan prediksi pendapatan dan iuran.
- Untuk setengah mampu, komposisi iuran Pemerintah : pekerja = 2: 1 untuk pemerintah : pekerja
- Dibuat beberapa tingkatan untuk prosentase iuran yang ditanggung pekerja dan pemerintah berdasarkan survei income per kapita.

c. Masyarakat Miskin

iuran dapat ditanggung bersama dengan prosentase (mis.) Pemda : Pemerintah Pusat = 25% : 75%

B. TINDAK LANJUT

Untuk pertimbangan kesepakatan bersama:

1. Pekerja sektor formal:

- Batas atas (*ceiling*) gaji/upah bersih Rp. 5.000.000,-
- Iuran 5% dari gaji/upah, dengan komposisi persentase nominal pemberi kerja : pekerja = 3 : 2
- Bila terkena PHK masih akan ditanggung selama 6 bulan

2. PNS :

- Tidak ada lagi *cost shearing* yang *unpredictable*.
- Terdapat pilihan dokter primer: Puskesmas & Dokter keluarga (pembayaran kapitasi dengan dokter keluarga yang dikontrak)

3. Pembinaan, monitoring, evaluasi, dan pengawasan
 - a. Monitoring dan evaluasi secara rutin dilakukan oleh DJSN
 - b. Pengawasan rutin dalam kepatuhan (kepesertaan dan iuran) dilakukan oleh BPJS (misalnya dengan pengenaan denda, pemutusan kontrak, dsb.)
 - c. Pengawasan eksternal (keuangan) dilakukan oleh pihak lain yang berwenang (BPK).
 - d. BPJS melakukan pembinaan terhadap pemberi kerja/pengusaha (administratif)
 - e. Pembinaan program terhadap BPJS:
 - Jamsostek oleh Depnakertrans
 - Askes oleh Depkes
 - Taspen oleh Depkeu
 - Asabri oleh Dephan
4. Pelaporan tidak perlu dirumuskan, karena merupakan kewajiban BPJS dan diatur dalam RUU BPJS
5. Kelas standard uniform atau 2 kelas (kelas 2 (SF & SI) dan kelas 3 (PBI)). Dokter primer: puskesmas dan/atau dokter keluarga.

Catatan:

1. Peran Pemda dalam koordinasi teknis perlu dirumuskan dalam PerPres PJKN atau alternatif dirumuskan secara teknis oleh pimpinan RUU BPJS yang diatur dalam RUU BPJS
2. Sektor informal terdiri dari Pekerja dan Pemberi Kerja yang mencakup petani, nelayan, industri, perdagangan, dll.
3. Berdasarkan UU No. 8/1981 penyidikan oleh penyidik PNS, sehingga BPJS tidak dapat melakukan penyidikan.



KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA

**KRONOLOGIS TAHAPAN PENYUSUNAN
RPERPRES TENTANG PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
KEMENTERIAN KOORDINATOR BIDANG KESRA**

Kronologis	Penanggung Jawab	Kegiatan	Keterangan	Hasil
Tahap 1	Menko Kesra (pemrakarsa)	Perumusan konsepsi RPerPres Program Jaminan Kesehatan Nasional dengan konsultasi wajib kepada Menhum&HAM untuk pengharmonisasian, pembulatan, dan pematapan konsepsi		
		1. Lokakarya Nasional: Penyusunan Desain, Strategi dan Agenda Penyusunan Peraturan Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional	Tanggal : 1 – 2 Juni 2006 Tempat : Departemen Sosial, Jakarta Peserta : - Kemenko Kesra - Departemen terkait - 4 BUMN Jaminan Sosial - Calon Anggota DJSN - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Konsensus untuk mempercepat penyelesaian agenda-agenda regulasi, antara lain penyusunan RPerPres Program JKN sebagai tindak lanjut MK
		2. Rapat Koordinasi Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 9 Januari 2007 Tempat : Departemen Sosial, Jakarta Peserta : - Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Penyampaian hasil Telaah tentang "Mekanisme Pembiayaan Rumah Sakit di Indonesia: Apakah RS Sudah Siap untuk Asuransi Kesehatan Sosial?", sebagai dasar empiris untuk perumusan substansi RPerPres Program JKN

Kronologis	Penanggung Jawab	Kegiatan	Keterangan	Hasil
		3. Rapat Pokja Harmonisasi Peraturan Perundang-Undangan (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 25 Januari 2007 Tempat : Kemenko Kesra, Jakarta Peserta : - Pokja Harmonisasi Peraturan Perundang-Undangan - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Pembahasan harmonisasi RUU Kesehatan (Pasal 52, 104, dan 106) terhadap UU No. 40 Tahun 2004
		4. Rapat Terbatas Pokja Harmonisasi Peraturan Perundang-Undangan (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 15-16 Februari 2007 Tempat : Hotel Salak, Bogor Peserta : - Pokja Harmonisasi Peraturan Perundang-Undangan - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	- Usulan penyempurnaan beberapa pasal dalam RUU tentang Kesehatan yang terkait dengan UU SJSN - Persiapan penyusunan Draft PerPres tentang Program JKN (tanggung jawab Depkes)
		5. Konsultasi Penyusunan Kerangka Konsep Peraturan Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 dan RUU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan Ahli Peraturan Perundangan Internasional di Bidang Sosial, The Max Planck Institute - Germany	Tanggal : 26 Maret s.d. 5 April 2007 Tempat : The Max Planck Institute – Munich, Germany Peserta : - Staf Biro hukum (Kemenko Kesra, Depnakertrans, Depkes) - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Masukan pokok-pokok tentang Sistem Jaminan Kesehatan Publik untuk perumusan RPerPres tentang Program JKN
		6. Rapat Koordinasi Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 19 April 2007 Tempat : Kemenko Kesra, Jakarta Peserta : - Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 - Staf Biro hukum (Kemenko Kesra, Depnakertrans, Depkes) - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	- Penyampaian hasil Konsultasi Penyusunan Kerangka Konsep Peraturan Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 dan Sistem Jaminan Kesehatan Publik untuk

Kronologis	Penanggung Jawab	Kegiatan	Keterangan	Hasil
				perumusan RPerPres tentang Program JKN dengan Ahli Peraturan Perundangan Internasional di Bidang Sosial, The Max Planck Institute – Germany - Hasil-hasil konsultasi menjadi salah satu referensi penyusunan RPerPres tentang Program JKN
		7. Rapat Terbatas Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 3 Oktober 2007 Tempat : Hotel Aryaduta, Jakarta Peserta : - Tim Kecil Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Penyampaian dan pembahasan usulan Pokok-Pokok Pikiran untuk Penyusunan RPerPres tentang PJKN
		8. Rapat Koordinasi Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 1 – 2 November 2007 Tempat : GrandKemang Hotel, Jakarta Peserta : - Tim Kecil Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Perumusan Konsep RPerPres tentang Program JKN

Kronologis	Penanggung Jawab	Kegiatan	Keterangan	Hasil
		9. Rapat Terbatas Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 26 Februari 2008 Tempat : Wisma Askes, Cisarua, Bogor Peserta : - Tim Kecil Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 - Depkes - Depsos - Depdagri - Depkeu - BUMN Penyelenggara JS bid. Kesehatan (Askes & Jamsostek) - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Pembahasan Konsep RPerPres PJKN
		10. Jajak Pendapat Tim dan Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 (SK Menko Kesra No. 14A/KRP/MENKO/KESRA/VI/2006)	Tanggal : 12 September 2008 Tempat : Fakultas Kedokteran UGM, Unhas, Unsri Peserta : - Tim Kecil Pokja Penyusun Peraturan Perundang-Undangan Untuk Pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 - Tim Ahli (GTZ-SHI Project)	Tanggapan dan usulan atas Konsep RPerPres PJKN



U s u l a n
Pokok-Pokok Pikiran
untuk Penyusunan RPerPres
tentang

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
Mandat Pasal 21(4), 22(3), 23(5), 26, 27(5), 28(2) UU No. 40 Tahun 2004

Bahan Diskusi pada
Pertemuan Tim Perumus Peraturan Pelaksanaan UU SJSN, Menkokesra
3 Oktober 2007

Disusun oleh :

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat

bekerjasama dengan

GTZ-GVG SHI SUPPORT

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat

1. Deputi Koordinasi Bidang Perumahan Rakyat dan Perlindungan Sosial – Adang Setiana
2. Asisten Deputi Bidang Jaminan Sosial – Soekamto

SHI SUPPORT

1. Team Leader – M. W. Manicki
2. Senior Advisor – Asih Eka Putri
3. Public Health Policy Specialist – Soedarmono Soedjibto
4. Legal Specialist – A. A. Oka Mahendra

1. Pendahuluan

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) Pasal 19 mengamanatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan melalui mekanisme jaminan kesehatan yang berlaku nasional dengan berdasarkan pada prinsip-prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Dengan demikian terdapat 3 sifat dasar yang harus dipenuhi oleh peraturan dan kebijakan jaminan kesehatan sosial di Indonesia sesuai dengan perintah UU SJSN, yaitu program nasional, asuransi sosial dan ekuitas.

Program jaminan kesehatan sebagai program nasional berarti program ini dibangun dalam struktur dan fungsi yang berlaku nasional untuk menjamin terciptanya keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia¹. Struktur dan fungsi tersebut tidak hanya diatur dalam Peraturan Pelaksanaan (Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan) yang mengatur teknis penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional, namun pengaturan struktur dan fungsi program jaminan kesehatan nasional memerlukan kerangka regulasi Undang-Undang SJSN yang lengkap, komprehensif, harmonis dan terpadu sampai kepada tingkat peraturan pelaksanaan. Kelengkapan, keselarasan dan keserasian peraturan perundangan terkait program jaminan kesehatan sangat menentukan efektivitas Peraturan Presiden Tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai instrumen hukum pengaturan teknis dalam menjamin perolehan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan seluruh rakyat atas pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan².

Prinsip asuransi sosial dalam program jaminan kesehatan nasional yang dimaksud dalam UU SJSN adalah³: a) kegotongroyongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, yang beresiko tinggi dan beresiko rendah; b) kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif; c) iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan; dan d) bersifat nirlaba. Pemenuhan prinsip ini sangat bergantung pada kerangka sistem pembiayaan dan penyelenggaraan yang menghubungkan peserta dengan badan penyelenggara jaminan sosial dan fasilitas pelayanan sosial. Kerangka sistem tersebut meliputi alur pengalokasian dana dan alur manfaat. Alur pengalokasian dana meliputi fungsi-fungsi: 1) iuran dan hak kepesertaan (contributions and entitlement); 2) pengumpulan iuran (collection of funds); 3) pemusatan iuran-iuran yang dikumpulkan dari peserta (pooling of funds); 4) pembelian pelayanan (purchasing of services); 5) penyediaan pelayanan (provision of services). Prinsip asuransi sosial akan dipengaruhi pula oleh alur manfaat yang dijamin oleh sistem, meliputi: 1) manfaat pelayanan dan perlindungan atas kebutuhan dasar kesehatan; 2) ketersediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan kebebasan memilih fasilitas pelayanan kesehatan bagi peserta; 3) iur bayar (pembayaran langsung) yang ditanggung oleh peserta atas pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Prinsip ekuitas yang dimaksud dalam UU SJSN⁴ adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Kesamaan memperoleh pelayanan sebagaimana dimaksud meliputi kesamaan jangkauan finansial dan jangkauan fisik ke pelayanan kesehatan yang terstandarisasi dan berkualitas untuk seluruh kelompok masyarakat. Hal ini berarti tersedianya perlindungan yang sama terhadap resiko finansial ketika membutuhkan pelayanan kesehatan, tersedianya pelayanan kesehatan yang terstandarisasi dan berkualitas ketika dibutuhkan dan terbebasnya peserta dari beban biaya pelayanan kesehatan yang menghambat peserta memanfaatkan pelayanan atau bahkan yang menyebabkan pemiskinan.

¹ Pasal 2 UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN

² Pasal 19 ayat (2) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN

³ Penjelasan Pasal 19 UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN

⁴ Penjelasan pasal 19 UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN

UU SJSN memerintahkan pengaturan atas 4 hal untuk diatur lebih rinci dalam peraturan presiden, yaitu kepesertaan, besar iuran, paket manfaat dan pemberian pelayanan oleh fasilitas pelayanan. Pengaturan keempat hal tersebut sangat dipengaruhi oleh: 1) substansi UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (perintah Pasal 5 UU SJSN) yang mengatur pembentukan BPJS dan alur pengalokasian dana; 2) Peraturan Presiden tentang penahapan pendaftaran peserta oleh pemberi kerja kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (perintah Pasal 13 ayat (2)); 3) Peraturan Pemerintah tentang Penerima Bantuan Jaminan Sosial (perintah Pasal 14 ayat (3) dan 4) Peraturan Pemerintah tentang Tata Cara Pengelolaan dan Pengembangan Dana Jaminan Sosial (perintah Pasal 47 ayat (2) UU SJSN).

Saat ini substansi RUU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, RPerPres Penahapan Pendaftaran Peserta Oleh Pembri Kerja Kepada BPJS, RPP Penerima Bantuan Jaminan Sosial dan RPP Tata Cara Pengelolaan dan Pengembangan Dana Jaminan Sosial masih dalam tahap perumusan. Idealnya, perumusan peraturan teknis program jaminan kesehatan nasional disusun setelah ketiga peraturan tersebut disahkan sehingga keharmonisan dan keterpaduan peraturan dapat lebih mudah diciptakan. Dengan adanya keterbatasan ini, perumusan peraturan teknis program jaminan kesehatan nasional perlu memerhatikan lebih seksama opsi-opsi yang diusulkan dalam perumusan keempat peraturan tersebut.

Peraturan Presiden Tentang Program Jaminan Kesehatan akan berdampak pada berbagai pemangku kepentingan pembiayaan dan pelayanan kesehatan karena peraturan ini akan mengubah secara mendasar peran pemangku dan hubungan antar pemangku pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang bekerja sebelum diberlakukannya UU SJSN. Di samping itu, UU SJSN melahirkan pemain-pemain baru dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan menetapkan hubungan antar lembaga yang juga baru. Dengan demikian, peran serta aktif para pemangku kepentingan dalam proses perumusan peraturan presiden dan proses pengambilan keputusan secara kolektif adalah sangat penting dan berpengaruh langsung pada keefektifan peraturan pada tahap implementasi. Kesepakatan antara para pemangku kepentingan atas peraturan yang akan diberlakukan akan dapat menghindarkan peraturan presiden tentang program jaminan kesehatan nasional dari uji materi atas peraturan pelaksanaan terhadap Undang-Undang sebagaimana diatur dalam Pasal 31 Undang-Undang Mahkamah Agung.

Makalah konsep ini disusun untuk memberikan alur pikir dalam perumusan substansi peraturan presiden tentang program jaminan kesehatan nasional. Diharapkan setelah alur pikir ini dibahas dan disepakati, Tim Perumus Peraturan Pelaksanaan UU SJSN di bawah pimpinan Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat dapat menindaklanjuti dengan perumusan rencana kerja beserta rencana perlibatan lembaga-lembaga Pemerintah terkait dan pemangku kepentingan lainnya (roadmap) sesuai dengan ketentuan mengenai tatacara pembentukan peraturan perundangan dan peraturan pelaksanaannya yang diatur dalam UU No. 10 Tahun 2004.

2. Ruang Lingkup RPerPres Program Jaminan Kesehatan Nasional

Substansi

UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN (UU SJSN) memerintahkan pengaturan lebih lanjut aspek teknis penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional dalam peraturan presiden, pasal-pasal tersebut adalah:

Tabel: Daftar Perintah Pendelegasian Pengaturan Program Jaminan Kesehatan ke dalam/dengan Peraturan Presiden

Aspek	Pasal	Substansi yang diatur
Kepesertaan dan iuran	21 ayat (4)	<p>Ayat (1): Kepesertaan jaminan kesehatan tetap berlaku paling lama 6 (enam) bulan sejak seorang peserta mengalami pemutusan hubungan kerja.</p> <p>Ayat (2): Dalam hal peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah 6 (enam) bulan belum memperoleh pekerjaan dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.</p> <p>Ayat (3): Peserta yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.</p>
	27 ayat (5)	<p>Ayat (1): Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan presentase dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.</p> <p>Ayat (2): Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang tidak menerima upah ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala.</p> <p>Ayat (3): Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk penerima bantuan ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala.</p> <p>Ayat (4): Batas upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditinjau secara berkala.</p>
	28 ayat (2)	<p>Ayat (1): Pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang dan ingin mengikutsertakan anggota keluarga yang lain wajib membayar tambahan iuran</p>
Paket manfaat	22 ayat (3)	<p>Ayat (1): Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlakukan.</p> <p>Ayat (2): Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.</p>
	26	Jenis-jenis pelayanan yang tidak dijamin BPJS akan diatur selanjutnya dalam Perpres.
Pemberian pelayanan kesehatan	23 ayat (5)	<p>Ayat (3): Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, BPJS wajib memberikan kompensasi.</p> <p>Ayat (4): Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di RS, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.</p>

Berdasarkan ketentuan pasal-pasal tersebut di atas, ruang lingkup materi muatan Rancangan Peraturan Presiden sebagai pelaksanaan Pasal 21(4), 22(3), 23(5), 26, 27(5), 28(2) UU SJSN sebagai berikut :

1. Kepesertaan dan iuran peserta;
2. Paket Manfaat;
3. Pemberian Pelayanan Kesehatan

Ketentuan tentang kepesertaan, iuran, paket manfaat dan pemberian pelayanan program jaminan kesehatan nasional diatur dengan memerhatikan ketentuan Pasal 19 UU SJSN:

- (1) *Jaminan sosial diselenggarakan secara nasional dengan Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.*
- (2) *Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.*

Penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional sebagai satu kesatuan sistem pembiayaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan ditandai dengan struktur dan fungsi yang berlaku menyeluruh di wilayah administratif Indonesia. Peraturan teknis penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional (Prepres JK) menghubungkan hak rakyat Indonesia sebagai peserta SJSN dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Program Jaminan Kesehatan sebagai lembaga yang diberi kewenangan oleh peserta untuk “membelikan” pelayanan kesehatan yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan kesepakatan antara peserta dan BPJS, dan menghubungkan peserta dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan sesuai dengan kesepakatan antara BPJS dan fasilitas pelayanan.

Harmonisasi

Ketentuan teknis penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional harus disusun secara selaras, serasi dan seimbang dengan ketentuan-ketentuan dalam UU SJSN dan peraturan pelaksanaannya serta UU BPJS dan peraturan pelaksanaannya. Pasal-pasal dalam UU SJSN yang berkaitan langsung dengan aspek teknis penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional adalah terkait dengan peraturan perundangan lain, seperti:

1. kepesertaan dan iuran peserta terkait dengan UU Hak Asasi Manusia, UU Ketenagakerjaan, UU Warga Negara Indonesia, UU Administrasi Kependudukan, UU Pokok-Pokok Kepegawaian, UU Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri, UU Tentara Nasional Indonesia, UU Kepolisian Republik Indonesia, dan UU Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia.
2. paket manfaat terkait dengan UU Kesehatan;
3. pemberian pelayanan kesehatan terkait dengan UU Kesehatan (dalam tahap revisi), UU Praktek Kedokteran, UU Perumhaskitan (dalam tahap pembahasan) dan UU Pemerintah Daerah. Saat ini Indonesia belum memiliki UU Keperawatan.

Tabel: Peraturan Terkait Hak Penduduk atas Perlindungan Social (termasuk Pilar Jaminan Sosial)

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
UUD Tahun 1945		26 (1) 26 (2) 28A 28D 28H (1) 28H (3)	Yang menjadi warga negara adalah orang-orang bangsa Indonesia asli dan orang-orang bangsa lain yang disahkan dengan undang-undang sebagai warga negara. Penduduk ialah warga negara Indonesia dan orang asing yang bertempat tinggal di Indonesia. Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya. Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.
UU No. 39 Tahun 1999	Hak asasi manusia	9 (1) 9 (2) 9 (3) 41 (1) 62	Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya. Setiap orang berhak hidup tentram, aman, damai, bahagia, sejahtera lahir dan batin. Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Setiap warga negara berhak atas jaminan social yang dibutuhkan untuk hidup layak serta untuk perkembangan pribadinya secara utuh. Setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan social secara layak, sesuai dengan kebutuhan fisik dan mental spiritualnya.
UU No. 23 Tahun 2006	Administrasi Kependudukan	1 angka 3	Warga negara adalah orang-orang bangsa Indonesia asli dan orang-orang bangsa lain yang disahkan dengan undang-undang sebagai Warga Negara Indonesia.

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		1 angka 2	Penduduk adalah Warga Negara Indonesia dan orang asing yang bertempat tinggal di Indonesia.
UU No. 12 Tahun 2006	Warganegara Republik Indonesia	1 angka 1 2	Warga negara adalah warga suatu negara yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Yang menjadi warga negara Indonesia adalah orang-orang bangsa Indonesia asli dan orang-orang bangsa lain yang disahkan dengan undang-undang sebagai warga negara.
UU No. 10 Tahun 1992	Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera	1 angka 1	Penduduk adalah orang dalam matranya sebagai diri pribadi, anggota keluarga, anggota masyarakat, warga negara, dan himpunan kuantitas yang bertempat tinggal di suatu tempat dalam batas wilayah negara pada waktu tertentu.
UU No. 43 Tahun 1999	Pokok-pokok Kepegawaian	2 (1) 2 (2) 32 (2)	Pegawai Negeri terdiri dari : a. Pegawai Negeri Sipil; b. Anggota Tentara Nasional Indonesia c. Anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia. Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a, terdiri dari : a. Pegawai negeri Sipil Pusat; dan b. Pegawai Negeri Sipil Daerah. Usaha kesejahteraan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), meliputi program pensiun dan tabungan hari tua, asuransi kesehatan, tabungan perumahan dan asuransi pendidikan bagi putra-putri Pegawai Negeri Sipil.
PP No. 12 Tahun 1981	Perawatan, Tunjangan Cacat, dan Uang Duka Pegawai Negeri Sipil	2 (1) 13	Pegawai Negeri Sipil yang mengalami kecelakaan karena dinas atau menderita sakit karena dinas berhak memperoleh pengobatan, perawatan, dan atau rehabilitasi. Ketentuan-ketentuan Peraturan Pemerintah ini berlaku juga bagi calon Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai bulanan disamping pensiun yang mengalami kecelakaan karena dinas, sakit karena dinas, cacat karena dinas, tewas, atau wafat.

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		14 (1)	Pembebanan biaya pengobatan, perawatan dan atau rehabilitasi, tunjangan cacad, uang duka tewas, dan biaya pemakaman sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, 3, 4, 7, dan 8 ditetapkan oleh Menteri Keuangan.
PP No. 69 Tahun 1991	Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan Beserta Keluarganya	2 3 4(1) 4 (2) 5 7 8 (1) 9 (1)	<p>Setiap Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan wajib menjadi peserta penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah ini.</p> <p>Pegawai Badan Usaha dan badan lainnya serta penerima pensiunnya dapat menjadi peserta penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara.</p> <p>Saat dimulainya menjadi peserta pemeliharaan kesehatan yaitu sejak yang bersangkutan membayar iuran.</p> <p>Seorang peserta tidak lagi menjadi peserta pemeliharaan kesehatan apabila yang bersangkutan berhenti membayar iuran.</p> <p>Janda atau duda atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan menjadi peserta menurut Peraturan Pemerintah ini.</p> <p>Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun wajib membayar iuran setiap bulan yang besarnya serta tata cara pemungutannya ditetapkan dengan Keputusan Presiden.</p> <p>Iuran untuk Veteran dan Perintis Kemerdekaan, ditanggung Pemerintah atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.</p> <p>Pegawai dan Penerima Pensiun Badan Usaha dan Badan lain yang menjadi peserta pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 wajib membayar iuran setiap bulan.</p>
PP No. 28 Tahun 2003	Subsidi Dan Iuran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil Dan Penerima Pensiun	2	Dalam rangka penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun, Pemerintah wajib memberikan subsidi dan iuran.

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		3	Kewajiban Pemerintah memberikan subsidi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, dilaksanakan dalam bentuk : a. Pemberian dana secara langsung kepada Badan Penyelenggara yang digunakan untuk pembayaran pelayanan kesehatan yang menggunakan alat kesehatan cangkih dan/atau penyakit katastrofi; b. Pemberian potongan tarif harga atas pemanfaatan sarana kesehatan Pemerintah.
		4	Kewajiban Pemerintah memberikan iuran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat untuk iuran penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat dan Penerima Pensiun dan oleh Pemerintah Daerah untuk iuran penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah.
UU No. 13 Tahun 2003	Ketenagakerjaan	35 (3)	Pemberi kerja sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dalam mempekerjakan tenaga kerja wajib memberikan perlindungan yang mencakup kesejahteraan, keselamatan, dan kesehatan baik mental maupun fisik tenaga kerja.
		86 (1)	Setiap pekerja/buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas: a. keselamatan dan kesehatan kerja;...
		99 (1)	Setiap pekerja/buruh beserta keluarganya berhak untuk memperoleh jaminan sosial tenaga kerja
UU No. 39 Tahun 2004	Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri	26 (2) huruf e	Penempatan TKI di luar negeri untuk kepentingan perusahaan sendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan e. TKI telah diikutkan dalam program jaminan sosial tenaga kerja dan/atau memiliki polis asuransi Penjelasan pasal Perlindungan asuransi yang dimaksud dalam huruf ini sedikit-dikitnya sama dengan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		55 huruf e	Perjanjian kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), sekurang-kurangnya memuat: ... e. kondisi dan syarat kerja yang meliputi jam kerja, upah dan tata cara pembayaran, hak cuti dan waktu istirahat, fasilitas dan jaminan sosial;..
UU No. 3 Tahun 1992	Jaminan Sosial Tenaga Kerja	1 angka 1	Jaminan Sosial Tenaga Kerja adalah suatu perlindungan bagi tenaga kerja dalam bentuk santunan berupa uang sebagai pengganti sebagian dari penghasilan yang hilang atau berkurang dan pelayanan sebagai akibat peristiwa atau keadaan yang dialami oleh tenaga kerja berupa kecelakaan kerja, sakit, hamil, bersalin, hari tua, dan meninggal dunia
		1 angka 2	Tenaga kerja adalah setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan baik di dalam maupun di luar hubungan kerja, guna menghasilkan jasa atau barang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.
		1 angka 3	Pengusaha adalah: a. orang, persekutuan atau badan hukum yang menjalankan suatu perusahaan milik sendiri; b. orang, persekutuan atau badan hukum yang secara berdiri sendiri menjalankan perusahaan bukan miliknya; c. orang, persekutuan atau badan hukum yang berada di Indonesia, mewakili perusahaan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b yang berkedudukan di luar wilayah Indonesia.
		3 (1)	Untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kerja diselenggarakan program jaminan sosial tenaga kerja yang pengelolaannya dapat dilaksanakan dengan mekanisme asuransi.
		3 (2)	Setiap tenaga kerja berhak atas jaminan sosial tenaga kerja.
		4 (2)	Program jaminan sosial tenaga kerja bagi tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		6 (1) huruf d	Ruang lingkup program jaminan sosial tenaga kerja dalam Undang-undang ini meliputi:... d. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.
		16	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
		17	Pengusaha dan tenaga kerja wajib ikut serta dalam program jaminan sosial tenaga kerja.
PP No. 14 Tahun 1993	Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja	2 (1)	Program jaminan sosial tenaga kerja sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah ini, terdiri dari: ... A. ... B. Jaminan berupa pelayanan, yaitu Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.
		6 (3)	Kartu peserta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf b dan c berlaku sampai dengan berakhirnya masa kepesertaan tenaga kerja yang bersangkutan dalam program jaminan sosial tenaga kerja.
		6 (4)	Tenaga kerja yang pindah tempat kerja dan masih menjadi peserta program jaminan sosial tenaga kerja harus memberitahukan kepesertaannya kepada pengusaha tempat bekerja yang baru dengan menunjukkan kartu peserta. Penjelasan pasal: Dengan pindahya tenaga kerja dari perusahaan yang satu ke perusahaan yang lain, tidak berarti kepesertaannya pada program jaminan sosial tenaga kerja terputus. Pemberitahuan pindah tempat kerja kepada Badan Penyelenggara dimaksudkan agar tidak terjadi penerbitan dua kartu peserta atau lebih untuk satu tenaga kerja.
		32 (1)	Dalam hal tenaga kerja berhenti bekerja dari perusahaan sebelum mencapai usia 55 (lima puluh lima) tahun dan mempunyai masa kepesertaan serendah-rendahnya 5 (lima) tahun dapat menerima Jaminan Hari Tua secara sekaligus. Penjelasan Pasal: Berdasarkan ketentuan ini, maka tenaga kerja yang belum mencapai usia 55 tahun tetapi sudah mempunyai masa kepesertaan sekurang-kurangnya 5 tahun, dan

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		33 s.d. 46	<p>tidak bekerja lagi, berhak menerima Jaminan Hari Tua secara sekaligus dengan memperhatikan masa tunggu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini.</p> <p>Masa kepesertaan dalam ketentuan ini, mencakup masa kepesertaan aktif dan non aktif. Tenaga kerja mempunyai kepesertaan aktif, apabila selama masa kepesertaannya iuran tetap dibayarkan. Sedangkan kepesertaan non aktif, apabila iuran tidak lagi dibayarkan.</p> <p>Jaminan Pemeliharaan Kesehatan</p>
Permen Nakertrans No. Per.19/Men/V/2006	Tentang Pelaksanaan Penempatan Dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia Di Luar Negeri	<p>1 angka 1</p> <p>7 (2) huruf d</p> <p>30 huruf c</p> <p>35</p> <p>42 (3) huruf e</p> <p>42 (4)</p>	<p>Tenaga Kerja Indonesia yang selanjutnya disebut TKI adalah setiap warga negara Indonesia yang memenuhi syarat untuk bekerja di luar negeri dalam hubungan kerja untuk jangka waktu tertentu dengan menerima upah.</p> <p>Materi/bahan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, memuat : d. kondisi dan syarat-syarat kerja meliputi gaji, waktu kerja, waktu istirahat/cuti, lembur, jaminan perlindungan, dan fasilitas lain yang diperoleh;</p> <p>Untuk mendapatkan KTKLN calon TKI harus memenuhi persyaratan administrasi meliputi:.... c. bukti pembayaran kepesertaan asuransi;</p> <p>Ketentuan mengenai penyelenggaraan asuransi perlindungan TKI diatur dengan Peraturan Menteri.</p> <p>Untuk mendapat persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), perusahaan harus mengajukan permohonan tertulis kepada Menteri dengan dilampiri :... e. pernyataan tertulis tentang ketersediaan bertanggung jawab sepenuhnya terhadap keselamatan, kesejahteraan, pemulangan dan perlindungan TKI.</p> <p>TKI yang akan ditempatkan oleh perusahaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dikutsertakan dalam program asuransi.</p>

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
PP 67 Tahun 1991	Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia	1 angka 2	Prajurit Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Prajurit ABRI) adalah Prajurit Tentara Nasional Indonesia Angkatan Darat (Prajurit TNI- AD), Prajurit Tentara Nasional Indonesia Angkatan Laut (Prajurit TNI- AL), Prajurit Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (Prajurit TNI-AU), dan Prajurit Kepolisian Negara Republik Indonesia (Prajurit POLRI).
		1 angka 3	Pegawai Negeri Sipil (PNS) adalah PNS yang dipekerjakan di lingkungan Departemen Pertahanan Keamanan (Dephankam) dan Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABRI) selanjutnya disebut PNS Dephankam ABRI.
		3 (1)	Setiap prajurit ABRI dan PNS Dephankam-ABRI diwajibkan menjadi peserta ASBRI.
		3 (2)	Dalam hal PNS Dephankam-ABRI dipekerjakan atau ditugaskan pada instansi di luar lingkungan Dephankam-ABRI, kewajiban dan asuransi sosialnya akan mengikuti.
		8	Hak peserta terdiri dari: a.santunan asuransi; b.santunan resiko kematian; c.santunan nilai tunai asuransi; dan d.biaya pemakaman.
UU No. 34 Tahun 2004	Tentara Nasional Indonesia	50 (2) huruf g	Prajurit dan prajurit siswa memperoleh rawatan dan layanan kedinasan yang meliputi: ... g. asuransi kesehatan dan jiwa; ..
		50 (3) huruf a	Keluarga prajurit memperoleh rawatan kedinasan, yang meliputi: a. rawatan kesehatan, ...
		51 (2)	Rawatan dan layanan purnadinas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pensiun, tunjangan bersifat pensiun, tunjangan atau pesangon dan rawatan kesehatan
UU No. 2 Tahun 2002	Kepolisian Negara RI	20 (1)	Pegawai Negeri pada Kepolisian Negara Republik Indonesia terdiri atas: a. anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia b. Pegawai Negeri Sipil
		20 (2)	Terhadap Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf b berlaku ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kepegawaian

Peraturan (Jenis/Nomor/Tahun)	Tentang	Pasal	Substansi
		26 (1)	Setiap anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia memperoleh gaji dan hak-hak lainnya yang adil dan layak.
UU No. 13 Tahun 1998	Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia	5 (2) huruf b, g, h.	Sebagai penghormatan dan penghargaan kepada lanjut usia diberikan hak untuk meningkatkan kesejahteraan sosial yang meliputi: b. pelayanan kesehatan; g. perlindungan sosial; h. bantuan sosial.

Keharmonisan peraturan perundangan terkait dengan program jaminan kesehatan nasional akan memberikan peluang yang lebih besar bagi Prepres Jaminan Kesehatan Nasional untuk bekerja efektif sesuai dengan prinsip asuransi sosial dan ekuitas dalam memenuhi mandat pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan seluruh rakyat Indonesia.

3. Keadaan Sekarang

Sebelum UU SJSN bekerja efektif, Indonesia telah menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang dibiayai oleh pekerja, pemberi kerja, kombinasi pekerja dan pemberi kerja dan juga oleh pemerintah.

Tabel di bawah ini memperlihatkan ringkasan program jaminan kesehatan yang masih efektif bekerja hingga saat ini. Kesimpulan yang dapat ditarik dari tabel tersebut adalah:

1. program jaminan kesehatan dibangun secara terpisah-pisah berdasarkan kelompok peserta dan tidak terkordinasi;
2. dasar hukum program dan penyelenggaraan diatur oleh hirarki peraturan perundangan yang berbeda untuk masing-masing program, terbentang dari tingkat UU hingga Peraturan Menteri;
3. pemilahan penyelenggaraan program dibuat atas segmentasi penduduk dengan dilandasi peraturan yang berdiri sendiri untuk masing-masing kelompok penduduk;
4. penyelenggaraan diutamakan kepada kelompok penduduk yang terorganisir dalam lingkungan pekerjaan formal (pegawai negeri sipil, TNI-POLRI dan pegawai swasta dalam hubungan kerja);
5. jaminan sosial terhadap kelompok penduduk yang bekerja di luar hubungan kerja, seperti pekerja informal, pekerja mandiri, petani dan nelayan telah dijamin oleh UU No 14/69 jo 13/2003 tentang Ketenagakerjaan dan UU No. 3/92 Tentang Jamsostek namun ketentuan ini belum dilaksanakan dan pengaturan lanjut dalam Peraturan Pemerintah belum diterbitkan (perintah Pasal 4 ayat 2 UU Jamsostek);
6. penyelenggaraan program jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil aktif dibedakan atas tempat bekerja (lembaga pemerintah dan lembaga militer-kepolisian) walaupun kewajiban mengiur berlaku sama kepada semua pegawai negeri sipil (2% gaji pokok), sementara seluruh program jaminan kesehatan pensiunan pegawai negeri sipil dikelola oleh PT ASKES;
7. besar iuran yang dibayarkan kepada program-program dan paket manfaat yang dijamin oleh program-program jaminan kesehatan sangat bervariasi;
8. pelayanan kesehatan diberikan terutama di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, untuk program-program tertentu fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah wajib melayani peserta program.
9. metoda pembayaran kepada fasilitas pelayanan sangat bervariasi, terbentang dari mekanisme anggaran hingga mekanisme kontrak. Pembayaran kontrak fasilitas pelayanan kesehatan terbentang dari penggantian biaya pelayanan (klaim, fee for service) hingga pembayaran di muka secara prospektif namun masih terbatas pada pembayaran kapitasi ke fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Tabel: Ringkasan Program Jaminan Kesehatan (Sosial) di Indonesia Sebelum Diberlakukannya UU SJSN

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN (Sosial) di INDONESIA SEBELUM UU SJSN									
Program		Peg. Negeri Sipil UU No. 8/1974 jo UU No.43/1999		TNI-POLRI UU 34/2004 – UU 2/2002	Pekerja Swasta UU 14/69 jo 13/2003		Masyarakat Miskin	Kelompok Masyarakat Lainnya	
		Instansi Pemerintah	Instansi TNI/POLRI		DHK*)	LHK**)		Veteran Perintis Kemerdekaan	Lainnya
				Dasar hukum program			Dasar hukum penyelenggaraan		
		PP 69/91	PP 69/91	PP 67/91	UU 3/92	UU 3/92	UU 23/1992	PP 69/91	UU 23/1992 UU 22/99 jo 32/2004
		PP 6/1992	SK Menteri Pertahanan	SK Menteri Pertahanan	PP 14/93 jo PP 64/2005	PP belum diterbitkan (perintah Pasal 4(2) UU No. 3/92)	SK Menkes 1241/2004	PP 69/91	Kepmenkes Peraturan Daerah Prop/ Kab/ Kota
	Pekerja	2%	2%	2%	0		0	0	iuran tetap sesuai manfaat
	Pemerintah/ Pemberi kerja	2% (bertahap) PP 28/2003 Dibayarkan langsung ke PT ASKES atau pemberian potongan tarif fasilitas kes pemerintah			3% (lajang) 6% (klg)		Anggaran Pemerintah APBN: Rp 5000/org/bln APBD: bervariasi (iuran peserta hingga iur bayar biaya pelayanan kes)	APBN	Bervariasi
		Peserta dan keluarga inti max 5	Peserta dan keluarga inti	Peserta dan keluarga inti	Peserta dan keluarga inti max 5		Peserta dan keluarga inti, terbuka bagi pemegang surat keterangan miskin	Peserta dan keluarga inti	Peserta dan keluarga inti
		Wajib	Wajib	wajib	Wajib bersyarat (pemberi kerja yang tidak dapat memberi manfaat yg lebih baik)		Ditetapkan oleh Pemerintah (jumlah kuota peserta dan kriteria)		Sukarela, (pekerja informal)

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN (Sosial) di INDONESIA SEBELUM UU SJSN								
Program	Peg. Negeri Sipil UU No. 8/1974 jo UU No.43/1999		TNI-POLRI UU 34/2004 – UU 2/2002	Pekerja Swasta UU 14/69 jo 13/2003		Masyarakat Miskin	Kelompok Masyarakat Lainnya	
	Instansi Pemerintah	Instansi TNI/POLRI		DHK*)	LHK**)		Veteran Perintis Kemerdekaan	Lainnya
Paket Manfaat	Rawat jalan, rawat inap, bedah, kebidanan dan kandungan, protesa Dalam negeri	Rawat jalan, rawat inap, bedah, kebidanan dan kandungan, protesa Dalam negeri	Rawat jalan, rawat inap, bedah, kebidanan dan kandungan, protesa Dalam negeri	Rawat jalan, rawat inap, bedah, kebidanan dan kandungan protesa. Dalam negeri		Rawat jalan, rawat inap, bedah, kebidanan dan kandungan, protesa Dalam negeri	Sama dengan PNS dan pensiunan PNS Dalam negeri	Bervariasi
lur bayar	Dikenakan	Dikenakan	dikenakan	dikenakan		bebas	dikenakan	dikenakan
Pemberian pelayanan	Fasilitas kesehatan yang dikontrak, terutama fasilitas milik Pemerintah Fasilitas milik pemerintah wajib melayani peserta	Fasilitas pelayanan kesehatan milik TNI/POLRI	Fasilitas pelayanan kesehatan milik TNI/POLRI	Fasilitas kesehatan yang dikontrak		Puskesmas & RS milik Pemerintah wajib melayani, fasilitas milik swasta sukarela	Sama dengan PNS Fasilitas milik pemerintah wajib melayani peserta	Fasilitas kesehatan yang dikontrak, terutama fasilitas milik Pemerintah
Metoda pembayaran fasilitas pelayanan	Bervariasi (FFS, kapitasi, paket)	Anggaran	anggaran	FFS, kapitasi		FFS, kapitasi, paket	Sesuai dengan ASKES PNS	FFS
Penyelenggara	PT ASKES (pegawai aktif & pensiunan)	DepHan (pegawai aktif) PT ASKES (pensiunan)	DepHan (personel aktif) PT ASKES (pensiunan)	PT JAMSOS- TEK		PT ASKES	PT ASKES	BAPEL JPKM (terdiri dari 3 strata: Bapel, PraBapel dan Satpel)

*) Di dalam hubungan kerja - kepesertaan diwajibkan kepada pekerja yang mempekerjakan tenaga kerja paling sedikit 10 orang atau membayar upah kepada seluruh tenaga kerja paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah). **) Di luar hubungan kerja FFS=fee for service (pembayaran untuk pelayanan yang diberikan)

4. Pokok-Pokok Pikiran RPerPres Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam merumuskan peraturan dan kebijakan program jaminan kesehatan nasional sangat disarankan untuk berorientasi pada pencapaian tujuan jangka panjang, yaitu terselenggaranya pelayanan kesehatan berkualitas, merata dan berkeadilan yang berdampak pada peningkatan kualitas manusia Indonesia. Dengan demikian, interaksi antar peraturan dan kebijakan dan kebutuhan akan pengaturan yang terpadu, selaras dan seimbang menjadi satu keharusan daripada pembangunan kebijakan pembiayaan kesehatan yang terisolir dan terfragmentasi dari peraturan dan kebijakan lainnya.

Untuk menayangkan konsep keterpaduan yang berorientasi jangka panjang tersebut, gambar 4.1 memperlihatkan kerangka konsep yang meliputi fungsi alur aliran dana dan hubungan antara alur aliran dana dengan masyarakat/peserta program. Kerangka konsep ini berguna untuk memetakan dan menganalisa kebijakan pelayanan dan pembiayaan kesehatan sebelum diberlakukannya UU SJSN dan selanjutnya digunakan untuk merumuskan restruktursasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Fungsi alur aliran dana (kotak kedua dari kiri bewarna hijau dan jingga muda) menggambarkan bagaimana dana yang dikumpulkan dari masyarakat ke dalam sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan mengalir ke berbagai fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan (pengumpulan, pemusatan, pembelian, penyediaan). Dengan berpikir berdasarkan konsep ini, perumus kebijakan akan terhindar dari fragmentasi sistem yang seolah-olah terdapat empat pelaku yang terpisah dan berdiri sendiri di dalam sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dari gambar konsep ini, tergambarkan dengan jelas interaksi masyarakat/peserta di setiap fungsi alur dana. Interaksi masyarakat/peserta di setiap tingkatan fungsi memberi satu jaminan bahwa sistem yang dibangun menempatkan masyarakat/peserta sebagai pemilik sistem dan memberi peluang kepada masyarakat untuk ikut serta aktif membangun sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

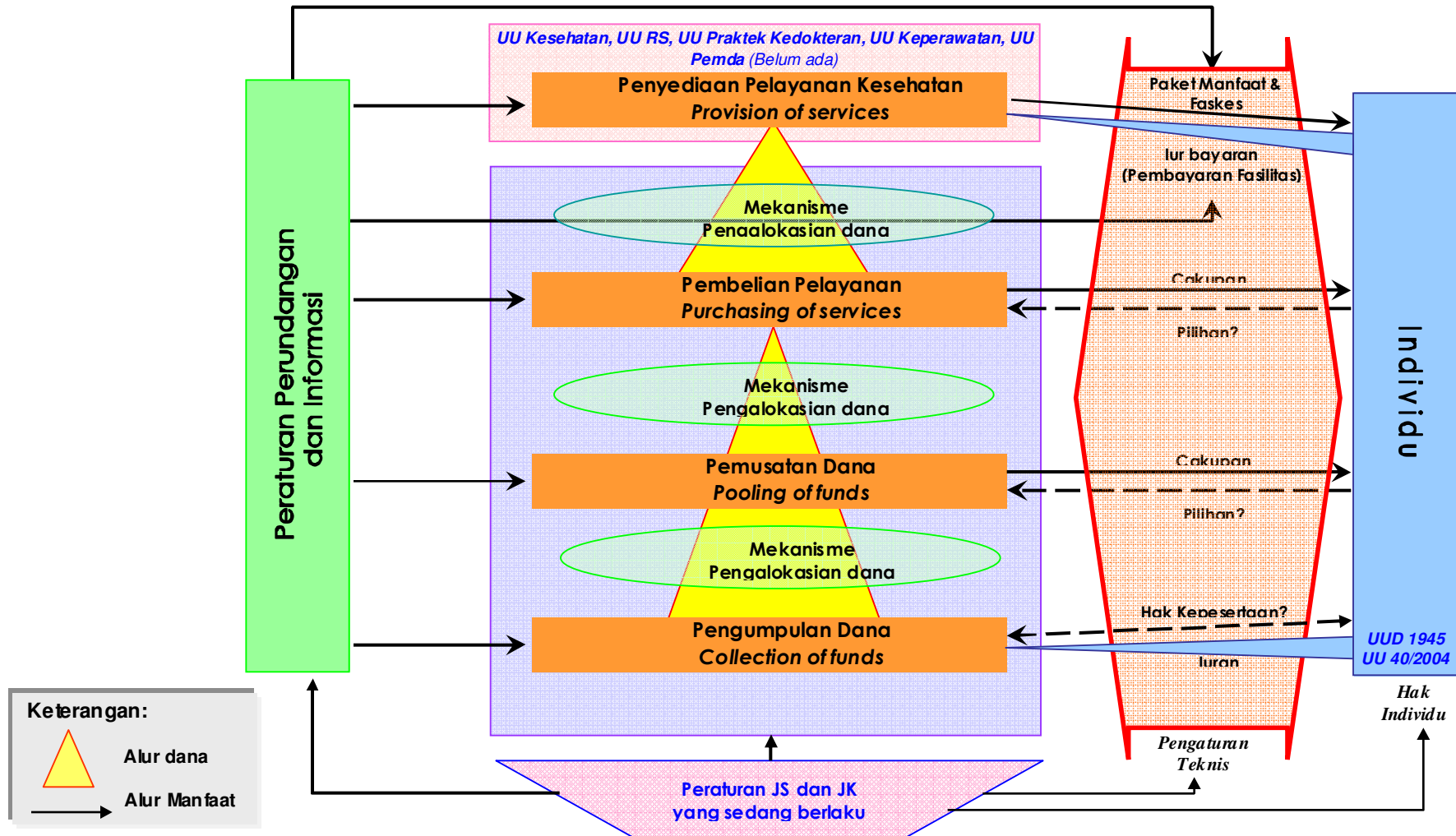
Fungsi alur aliran dana dan interaksinya dengan masyarakat/individu memerlukan pengaturan dan keterbukaan informasi di setiap tingkatan aliran dana. Peraturan Presiden program jaminan kesehatan nasional diperintahkan untuk mengatur teknis penyelenggaraan meliputi: 1) kepesertaan dan iuran, 2) paket manfaat, dan 3) pemberian pelayanan kesehatan. Di dalam gambar 4.1 Peraturan Presiden terletak pada kotak ketiga dari kiri bewarna merah muda yang menghubungkan masyarakat/peserta dengan masing-masing tingkatan fungsi alur aliran dana.

UU SJSN memberikan peluang yang luas untuk menerapkan konsep ini. Dewan Jaminan Sosial Nasional yang berwewenang untuk merumuskan kebijakan umum diharapkan dapat berperan sebagai pembina berbagai pemangku kepentingan untuk membangun keterpaduan dan keselarasan sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan.

Kerangka Konsep Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional

(alur pengalokasian dana dan alur manfaat)

(dikembangkan dari J.Kutzin, 2000)



Pengaturan Fungsi Alur Dana dan PrePres Program Jaminan Kesehatan Nasional (PerPres PJKN)

Saat makalah konsep ini dibahas, Rancangan Undang Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (RUU BPJS) yang mengatur fungsi alur aliran dana SJSN masih dalam tahap perumusan. Mencermati diskusi dan perdebatan dalam perumusan substansi RUU BPJS, terdapat 2 hal utama yang harus dipertimbangkan ketika merumuskan substansi Perpres PJKN, yaitu: 1) restrukturisasi penyelenggaraan pilar-pilar jaminan sosial dan 2) kedudukan program jaminan sosial yang diselenggarakan di Daerah (putusan MK 31 Agustus 2005).

Keputusan atas restrukturisasi penyelenggaraan pilar-pilar jaminan sosial akan memberi kejelasan ruang lingkup kewenangan BPJS dalam menyelenggarakan program atau program-program SJSN. Khusus pilar jaminan kesehatan sosial, saat ini kewenangan diberikan kepada 2 badan penyelenggara, yaitu PT JAMSOSTEK dan PT ASKES untuk melayani kelompok pekerja di dalam hubungan kerja kecuali TNI dan POLRI aktif. Di samping itu, keputusan atas mengikutsertakan atau memisahkan penyelenggaraan program jaminan kesehatan bagi personel TNI dan PPOLRI aktif ke dalam satu pilar jaminan sosial akan mempengaruhi berbagai ketentuan teknis program jaminan kesehatan nasional.

Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap uji materi UU SJSN tanggal 31 Agustus 2005 memberi peluang Daerah untuk menyelenggarakan program-program jaminan sosial di wilayahnya sepanjang dalam koridor SJSN. Saat ini belum disepakati kedudukan BPJS Daerah, apakah sebagai subsistem atau subordinatif atau berdiri sendiri atau pelengkap/penambah program-program SJSN yang diselenggarakan oleh BPJS Nasional.

Mencermati hal ini, terdapat 2 alternatif pilihan model bagi pengaturan fungsi alur aliran dana yaitu: 1) satu pemusatan dana (single pool); dan 2) banyak pemusatan dana (multi pools).

Pemusatan dana program jaminan kesehatan ke dalam satu BPJS masih dapat dibagi atas 2 model lagi berdasarkan akun keuangan, yaitu 1) akun tunggal untuk seluruh kelompok peserta, dan 2) banyak akun, yang memisahkan akun untuk masing-masing kelompok peserta.

Pemusatan dana program jaminan kesehatan ke dalam beberapa/banyak BPJS dapat dibagi atas 2 model lagi berdasarkan segmentasi kepesertaan, yaitu 1) pemusatan vertikal dan 2) pemusatan horizontal. Pemusatan vertikal dapat dipahami dari praktek penyelenggaraan program jaminan kesehatan sosial sebelum diberlakukannya UU SJSN. Pada pemusatan dana vertikal BPJS menyelenggarakan program jaminan kesehatan untuk kelompok-kelompok peserta yang berlaku nasional. Sementara pemusatan dana horizontal adalah pemusatan dana untuk seluruh kelompok peserta di wilayah tertentu misalnya di tingkat propinsi atau kabupaten/kota.

Keputusan untuk memilih satu dari sekian banyak model yang mungkin dipilih, hendaknya memerhatikan tujuan diselenggarakannya program jaminan sosial nasional sebagaimana ditetapkan dalam Pasal 19 UU SJSN. Untuk meminimalkan penyimpangan pencapaian tujuan penyelenggaraan program (amanat Pasal 19 UU SJSN), peraturan teknis program jaminan kesehatan nasional yang akan dirumuskan dalam Perpres hendaknya diberlakukan seragam kepada seluruh BPJS program jaminan kesehatan nasional. Keseragaman peraturan teknis akan menyeragamkan pula ketentuan mengenai perencanaan, pembelian pelayanan, pengawasan, pencatatan, pelaporan dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional.

Pada bagan alur aliran dana terdapat sebuah fungsi yang tidak dapat dibebankan sendiri kepada BPJS, yaitu fungsi penyediaan pelayanan kesehatan. Pada gambar tampak terdapat lima peraturan perundangan yang terkait dengan fungsi ini yaitu UU Kesehatan, UU Pemerintah Daerah, UU Praktek Kedokteran, UU Perumahasakitan (dalam tahap perumusan) dan UU Keperawatan (belum ada).

Kelima peraturan ini mengatur penyediaan fasilitas pelayanan dan standarisasi kualitas dan kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan.

Sebagai kesimpulan, terdapat 4 hal utama yang harus diperhatikan dan dipertimbangkan dalam merumuskan Perpres PJKN terkait kepesertaan dan fungsi alur aliran dana adalah:

1. pemenuhan hak peserta untuk mendapatkan keadilan terhadap akses finansial (kepesertaan) dengan menghindarkan sistem dari *adverse selection*, *cream skimming* dan eksklusi suatu kelompok masyarakat (pemenuhan prinsip gotong-royong);
2. keberlanjutan kepesertaan PJKN terlepas dari mutasi pekerjaan, mutasi tempat tinggal (di dalam wilayah negara kesatuan Indonesia atau ke luar negeri) dan penghentian kerja karena pemutusan hubungan kerja atau pensiun (pemenuhan prinsip portabilitas).
3. ketersediaan pelayanan kesehatan yang terstandarisasi yang letaknya memudahkan peserta menjangkau pelayanan tersebut baik secara fisik maupun finansial (pemenuhan hak peserta Pasal 2 dan Pasal 19 ayat (2) UU SJSN).
4. penetapan faktor koreksi untuk pemusatan dana untuk menjamin keadilan antar wilayah Indonesia. Perbedaan yang sangat lebar antar wilayah geografis dan antar kota-desa dalam kemampuan ekonomi dan ketersediaan pelayanan perlu dikoreksi dengan faktor ini sehingga distribusi dana akan lebih merata.

Kepesertaan dan iuran

Kepesertaan

Mencermati Pasal 20 ayat (1) dan (2) UU SJSN, kepesertaan program jaminan kesehatan nasional dibatasi pada setiap orang yang telah membayara iuran atau dibayarkan iurannya dan kepesertaan keluarga.

(1) *Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah*

(2) *Anggota keluarga peserta berhak menerima manfaat jaminan kesehatan.*

Pembatasan kepesertaan pada pemenuhan kewajiban membayar iuran akan membatasi ketentuan Pasal 2 UU SJSN "*Sistem Jaminan Sosial diselenggarakan.....bagi seluruh rakyat Indonesia.*" Memahami keterbatasan-keterbatasan yang terbentang luas di hadapan kita terutama karena faktor geografis dan ekonomi, pemenuhan hak seluruh rakyat Indonesia atas program jaminan kesehatan nasional harus dituangkan ke dalam rencana pembangunan program jaminan kesehatan nasional jangka pendek, menengah dan panjang (*roadmap*). Rencana kerja ini hendaknya disusun dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dan disepakati untuk dilaksanakan. Pemahaman bersama dan tekad bersama untuk mewujudkan *roadmap* tersebut akan menghindarkan perseteruan-perseteruan/gugatan-gugatan yang tidak perlu di tingkat pengadilan.

UU SJSN menetapkan berbagai ketentuan untuk mempercepat pemenuhan hak rakyat atas PJKN, yaitu

1. menetapkan pendekatan keluarga yang dapat diperluas dari keluarga inti (*nuclear family*) ke keluarga besar (*extended family*);
 - penjelasan Pasal 20 ayat (2): anggota keluarga adalah istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 orang
 - penjelasan Pasal 20 ayat (3): yang dimaksud anggota keluarga yang lain dalam ketentuan ini adalah anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua. Untuk mengikutsertakan anggota

keluarga yang lain, pekerja memberi surat kuasa kepada pemberi kerja untuk menambahkan iurannya kepada BPJS.

2. mewajibkan pemerintah untuk membayar iuran bagi masyarakat miskin dan cacat tetap total;
3. memperpanjang masa perlindungan hingga 6 bulan pasca pemutusan kerja dan selanjutnya apabila tetap tidak bekerja dan masuk kriteria tidak mampu, kewajiban membayar iuran diambil alih oleh pemerintah.

Ketiga ketentuan tersebut di atas masih sangat normatif dan perlu diterjemahkan secara operasional dalam Perpres. Mengoperasionalkan ketentuan-ketentuan tersebut bukanlah hal yang mudah, perhitungan yang cermat dan kesepakatan pemangku kepentingan sangat diperlukan.

Dalam mengoperasionalkan ketentuan-ketentuan tersebut di atas pertanyaan-pertanyaan berikut perlu dijawab dengan menggunakan perhitungan dan analisis yang cermat:

1. Kepesertaan keluarga:

- berapa usia anak sebagai tertanggung? Bagaimana hak anak yang telah dewasa namun masih sekolah? Bolehkan anak yang telah memasuki usia kerja namun menganggur diikutkan sebagai tertanggung atau dikategorikan sebagai orang miskin?
- Bila jumlah anggota keluarga inti kurang dari empat, haruskah ayah/ibu/mertua membayar tambahan iuran?
- bagaimana hak pasangan (suami/istri) yang bekerja (terdapat 2 peserta dalam 1 keluarga)? haruskah keduanya membayar atau hanya salah satu, bila upah/gaji pasangan lebih rendah, bolehkah mendaftarkan yang bergaji rendah?
- bolehkah anak yang bekerja dan di usianya masih di bawah batas umur maksimal tertanggung menjadi peserta dan menanggung orang tua yang tidak bekerja?
- Apakah orang tua yang memiliki pensiun dan tinggal bersama anak yang telah dewasa dan bekerja dihitung sebagai peserta tersendiri atau boleh dihitung sebagai tertanggung dari keluarga anak?
- Bagaimana dengan peserta yang beristri lebih dari satu? Bagaimana bila istri-istrinya bekerja dan memiliki penghasilan? Bagaimana menghitung unit keluarga ini?

2. Kepesertaan masyarakat tidak mampu

- Siapa yang berhak dikategorikan sebagai orang tidak mampu? Perpres perlu diharmonisasikan dengan PP Penerima Bantuan Iuran.
- Apakah suku terasing dikategorikan tidak mampu?

Besaran iuran

Terdapat tiga ketentuan yang mengatur besaran iuran sesuai dengan Pasal 27 UU SJSN, yaitu:

1. besaran iuran yang proporsional terhadap upah atau penghasilan bagi peserta dari kelompok pekerja di dalam hubungan kerja dan ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja; proporsi dan batas besaran iuran (minimal dan maksimal) ditetapkan dalam Perpres;
2. besaran iuran tetap dalam bentuk nominal bagi peserta dari kelompok pekerja di luar hubungan kerja, besaran nominal ditinjau berkala dan ditetapkan dalam Perpres;
3. besaran iuran bagi penerima bantuan iuran ditetapkan dalam Perpres dan harus diharmonisasikan dengan ketentuan dalam PP Penerima Bantuan Iuran.

Perumusan besaran iuran didasari oleh formula penghitungan. Perumusan formula penghitungan besaran iuran perlu mencermati karakteristik peserta dan kepesertaan dan mencermati pula besaran iuran program jaminan kesehatan sosial yang berlaku saat ini. Perhitungan yang cermat dan kesepakatan pemangku kepentingan, baik yang telah masuk di dalam program jaminan kesehatan sebelum UU SJSN maupun pemangku-pemangku kepentingan yang baru akan dilibatkan, sangat menentukan keberhasilan program PJKN.

Perumusan besaran iuran perlu mencermati pula ketetapan atas RUU BPJS. Perlu dikaji lebih lanjut apakah besaran iuran seragam atau bervariasi antar BPJS-PJKN. Apakah kompetisi antar BPJS-PJKN diperbolehkan dan bila diperbolehkan, apakah perbedaan besaran iuran diperbolehkan sebagai faktor penentu keberhasilan kompetisi?

UU SJSN menetapkan tinjauan berkala atas besaran iuran PJKN. Mengingat pelayanan kesehatan padat oleh teknologi dan besar biayanya sangat dipengaruhi oleh inflasi, bahkan seringkali lebih tinggi dari inflasi biaya komoditas umum, peninjauan yang cenderung akan ditetapkan sebagai kenaikan besar iuran akan sangat tidak populer baik bagi masyarakat maupun bagi pemerintah. Ketepatan penghitungan resiko finansial dan keakuratan proyeksi finansial pembiayaan PJKN akan mengurangi keharusan untuk menaikkan besaran iuran dan besaran anggaran pemerintah untuk membiayai PJKN atau bahkan keharusan untuk menaikkan proporsi iur bayar yang harus ditanggung peserta.

Paket Manfaat

Pasal 22 dan Pasal 26 UU SJSN menetapkan manfaat yang dijamin oleh PJKN, yaitu:

1. pelayanan perseorangan;
2. mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai;
3. terdapat jenis-jenis pelayanan yang tidak ditanggung;
4. peserta dikenakan urun biaya untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan;
5. rawat inap di rumah sakit diberikan di kelas standar.

Ketentuan lanjut dari Pasal 22 dan Pasal 26 UU SJSN untuk diatur dalam Perpres PJKN perlu dirumuskan dengan mencermati:

1. kemampuan sistem (PJKN) dalam membiayai penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional dan kemampuan sistem dalam menjamin keberlangsungan penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional;
2. pemenuhan prinsip gotong-royong;
3. pemenuhan prinsip portabilitas, yaitu keberlanjutan penyelenggaraan program yang didasari atas kaidah "uang mengikuti peserta".

Kemampuan membiayai PJKN sangat tergantung dari kecukupan dana yang dikumpulkan oleh BPJS dan pengelolaanya. Penghitungan yang cermat akan membantu dalam menetapkan paket manfaat dan ketetapan pembentukan BPJS-PJKN.

Bila UU BPJS menetapkan banyak badan penyelenggara jaminan sosial, paket manfaat yang dijamin oleh masing-masing badan penyelenggara perlu diatur untuk memenuhi prinsip-prinsip ekuitas, gotong-royong dan portabilitas.

Pemberian dan Penyediaan Pelayanan Kesehatan

UU SJSN menjamin hak fasilitas pelayanan kesehatan (milik pemerintah dan milik swasta) yang sama untuk mendapatkan kontrak dengan BPJS dalam memberi dan menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta PJKN. Implementasi ketentuan ini memerlukan berbagai persyaratan, sebagai berikut:

1. adanya standarisasi prosedur medik, keperawatan, dan kefarmasian sebagai pedoman pemberian pelayanan kesehatan di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas;
2. standarisasi kompetensi yang meliputi infrastruktur, tenaga kerja dan peralatan sebagai pedoman untuk mengontrak fasilitas pelayanan kesehatan oleh BPJS;
3. standarisasi pola dan formula penarifan pelayanan kesehatan;
4. standarisasi metoda pembayaran, ditujukan pula untuk dapat medistribusikan tenaga kesehatan dengan merata ke seluruh wilayah Indonesia;
5. ketentuan bagi BPJS dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyusun rencana penyediaan pelayanan (service planning) untuk merencanakan pembayaran prospektif yang mampu menjamin ketersediaan pelayanan bagi peserta;
6. keterlibatan pemerintah (pusat dan daerah) dalam membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terdistribusi dengan merata di seluruh wilayah Indonesia.

UU SJSN Pasal 24 menetapkan negosiasi dilakukan antara BPJS dengan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya. Implementasi ketentuan ini memerlukan perumusan lebih lanjut mengenai:

1. ketentuan asosiasi yang dilibatkan dalam proses negosiasi;
2. ketentuan mengenai batasan wilayah;
3. ketentuan mengenai mekanisme negosiasi termasuk pengambil keputusan akhir bila terjadi kebuntuan antara asosiasi dan BPJS;
4. ruang lingkup negosiasi.

Negosiasi antara BPJS dan asosiasi pelayanan kesehatan dapat mencakup 2 pilihan di bawah ini:

1. negosiasi dilakukan atas nama tenaga medis profesional (dokter, dokter gigi) dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk harga pelayanan dan metoda pembayaran yang akan dilakukan oleh BPJS;
2. negosiasi dibatasi pada aturan, norma, standar dan harga untuk masing-masing jenis pelayanan, namun negosiasi akhir atas harga pelayanan dan penandatanganan kontrak dilakukan langsung antara BPJS dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

UU SJSN menetapkan pula pemberian kompensasi wajib oleh BPJS bila tidak terdapat fasilitas pelayanan kesehatan saat peserta membutuhkan pelayanan kesehatan. Kompensasi ini ditetapkan dapat diberikan dalam bentuk uang tunai kepada peserta. Perumusan lebih lanjut mengenai mekanisme pemberian kompensasi dan besaran kompensasi yang akan diberikan perlu memerhatikan penyalahgunaan ketentuan ini oleh peserta untuk tujuan selain pengobatan dan perawatan. Disarankan kompensasi wajib yang diberikan dalam bentuk biaya rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih berkompeten di luar wilayah dan menjamin pemberian pelayanan yang optimal.

Pengaturan tentang pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan di luar negeri bagi peserta yang tinggal atau bepergian di luar negeri perlu diatur dan disarankan pula untuk memulai

pembicaraan dan negosiasi dengan negara-negara di mana banyak warga negara Indonesia menggunakan pelayanan kesehatan. Untuk tahap awal, batasan pembayaran pelayanan kesehatan di luar negeri dapat dibatasi dengan penyamaan besar harga yang dibayarkan oleh BPJS kepada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia atau dengan menetapkan batasan maksimum pertanggungungan. Bagi masyarakat di perbatasan dengan negara-negara tetangga, perlu pula diatur mekanisme pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di negara-negara tersebut.

Di samping itu, UU SJSN mengubah mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan dari mekanisme anggaran pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah ke mekanisme kontrak. Penahapan perubahan ini perlu dirumuskan karena akan berdampak pada pembayaran pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah oleh BPJS.

5. Penutup

Perpres program jaminan kesehatan nasional akan mengatur penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan dengan mekanisme kontrak. Sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang “baru” ini akan melahirkan sistem yang baru pula yang terdiri dari struktur, fungsi serta hubungan antar pelaku di dalam struktur dalam menjalankan fungsi yang ditetapkan. Dengan demikian, perumusan perpres ini perlu dilakukan dengan cermat, hati-hati dan didukung oleh kajian-kajian yang akurat.

Keefektifan perpres ini sangat ditentukan oleh:

1. kecermatan dalam menetapkan pelaku-pelaku yang berperan aktif dalam struktur yang dibangun;
2. ketersediaan peraturan yang rinci dan efektif;
3. hubungan antar pelaku ditetapkan dengan jelas dan tegas;
4. kejelasan paket informasi yang akan dibagi kepada para pelaku;
5. kejelasan indikator kinerja yang akan dibebankan kepada masing-masing pelaku berikut kejelasan mekanisme pengawasannya.

Daftar Kepustakaan (pilihan)

1. Departemen Kesehatan RI, Himpunan Peraturan Perundangan Bidang Kesehatan, 2006
2. _____, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
3. _____, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak
4. _____, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan
5. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 Tentang HAM
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak
7. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah
9. _____, UU Nomor 34 Tahun 2004 Tentang Tentara Nasional Indonesia
10. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN
11. Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 1981 Tentang Pelayanan Sosial Bagi Fakir Miskin
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 Tentang Penugasan PT. ASKES (Persero) Dalam Pengelolaan Program Askeskin
13. Himpunan Peraturan Perundang-Undangan RI, 2006, PT Ichtiar Baru Van Hoeve
14. GTZ, Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia
15. Departemen Kesehatan : Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin 2005,2006,2007
16. Departemen Kesehatan, Makalah Diskusi Kelompok Penetapan Paket Manfaat Jaminan Kesehatan, 2005
17. Kutjin, Goal Framework for social health insurance development, 2000
18. PT. ASKES, Himpunan Peraturan Perundang-Undangan yang Berkaitan dengan PT ASKES jilid 1 dan 2, 2006.



**KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA**

**Rapat Koordinasi SJSN
Kementerian Koordinator Bidang Kesra
dengan
Tim Perumus
Pokja Penyusun Peraturan Pelaksanaan UU SJSN**

**Laporan
Perumusan Konsep
Rancangan Peraturan Presiden
tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional**

**GrandKemang Hotel
1 – 2 November 2007**

Rumusan Konsep
Rancangan Peraturan Presiden
tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional

1. Pelayanan yang Menjadi Hak Peserta dan Kewajiban BPJS

Pelayanan yang Ditanggung

1. Penyuluhan perorangan untuk memelihara kondisi kesehatan peserta yang dilakukan di fasilitas kesehatan atau di tempat lain yang ditentukan BPJS
2. Pelayanan preventif yang terdiri dari:
 - a. Imunasi dasar; BCG, Polio, DPT, Campak, Hepatitis & imunasi lain yang terbukti efektif yang akan ditentukan oleh BPJS
 - b. Perawatan ibu hamil sekurang-kurangnya 4 kali dalam masa kehamilan
 - c. Pelayanan medical check up rutin untuk peserta yang berusia > 50 thn, minimal 3 thn sekali.
3. Rawat jalan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS
4. Rawat inap di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS dengan ketentuan:
 - a. Peserta PBI dirawat di RS di kelas III
 - b. Peserta yang membayar iuran sendiri atau bersama pemberi kerja dirawat di RS di kelas II
5. Perawatan intensif; ICU, ICCU, PICU, NICU
6. Emergency care di dalam dan di luar fasilitas yang dikontrak BPJS sampai dengan ketentuan pembayaran maksimum dan/atau lama perawatan maksimum yang diatur lebih lanjut oleh BPJS
7. Pelayanan rehabilitasi medis; kaca mata, alat bantu dengar, kruk, kursi roda, dll dengan ketentuan dan batas-batas yang diatur lebih lanjut oleh BPJS
8. Perawatan gigi yang dibatasi pada pencabutan, perawatan syaraf, pengobatan rasa nyeri, dan penambalan dengan amalgam ketentuan pembayaran maksimum dan/atau lama perawatan maksimum yang diatur lebih lanjut oleh BPJS.
9. Pelayanan kontrasepsi dalam rangka pencegahan kehamilan dengan rincian alat yang akan dijamin dan batasan pembayaran maksimum dan/atau lama perawatan maksimum yang diatur lebih lanjut oleh BPJS
10. Obat-obat esensial dan obat-obat penyelamatan jiwa yang daftar dan besaran pembayaran maksimum dan/atau lama perawatan maksimum yang diatur lebih lanjut oleh BPJS
11. Pelayanan penunjang diagnostic, laboratorium, radiologi, dan diagnostic lainnya yang daftar dan besaran pembayaran maksimum dan/atau lama perawatan maksimum yang diatur lebih lanjut oleh BPJS

Pelayanan yang Tidak Ditanggung

1. Pelayanan rawat jalan, rawat inap, penunjang diagnostic, dan obat-obatan yang diperoleh tidak sesuai dengan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS
2. Pelayanan dan obat-obat yang bersifat kosmetika kecuali pelayanan dan obat tersebut dibutuhkan dalam rangka mengembalikan fungsi tubuh yang ditetapkan oleh BPJS
3. Penyakit akibat/yang terkait penyalahgunaan narkoba
4. Penyakit HIV/AIDS, kecuali anak yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV/AIDS dan yang didapat akibat komplikasi/kesalahan pelayanan medis
5. Pemeriksaan medis, pemeriksaan penunjang dan obat-obatan yang bertujuan untuk fertilitas
6. Penyakit/keadaan yang terjadi akibat/terkait dengan percobaan bunuh diri.
7. Pengobatan di luar negeri kecuali apabila pengobatan tersebut lebih murah dan dengan efektifitas yang lebih baik dari di dalam negeri
8. Biaya transportasi ke dan dari fasilitas kesehatan kecuali biaya ambulance yang dibutuhkan merujuk pasien dari fasilitas kesehatan ke fasilitas kesehatan yang lain dengan ketentuan biaya penggantian maksimum yang ditetapkan oleh BPJS
9. Transplantasi organ tubuh, kecuali yang ditetapkan oleh BPJS dan Komite Medis sebagai sebuah transplantasi yang katastrofik biayanya terhadap BPJS
10. Tindakan medis, pelayanan penunjang medis atau obat-obatan yang belum dibuktikan efektifitasnya secara ilmiah sebagaimana akan ditetapkan oleh "Komite Medik Independen"

Kendali Biaya

1. Pasien rawat jalan membayar 20% biaya berobat rawat jalan dengan maksimum urun biaya yang akan ditinjau dan ditetapkan oleh BPJS yang setiap 2 tahun, kecuali peserta PBI.
2. Pasien rawat inap membayar 10% biaya berobat rawat jalan dengan maksimum urun biaya yang akan ditinjau dan ditetapkan oleh BPJS yang setiap 2 tahun, kecuali peserta PBI.

Kendali Mutu

1. BPJS mengembangkan Unit Penjamin Mutu di tiap wilayah
2. Fasilitas kesehatan yang akan dikontrak harus melalui proses kredensialing oleh Unit Penjamin Mutu untuk menetapkan jenis pelayanan yang mampu diberikan fasilitas tsb.
3. Dalam hal fasilitas kesehatan menerima pembayaran secara kapitasi, per-paket atau DRG, unit penjamin mutu melakukan telaah utilisasi untuk menilai kesesuaian pelayanan medis dengan kondisi pasien.
4. Dalam hal terjadi keluhan, persengketaan, atau perselisihan tentang kesesuaian mutu pelayanan medis, fasilitas kesehatan maupun peserta dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medis Independen untuk penyelesaiannya.

Pembayaran Ke Fasilitas Kesehatan

1. Cara dan besaran pembayaran pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan dinegosiasikan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di suatu wilayah berdasarkan cara pembayaran prospektif, dengan pilihan satu dari 4 pilihan:
 - a. Pembayaran kapitasi
 - b. Pembayaran paket per-diem
 - c. Pembayaran paket tindakan rawat jalan
 - d. Pembayaran paket DRG

- e. Pembayaran global budget
2. Untuk jenis pelayanan kesehatan tertentu, BPJS dapat menetapkan cara dan besaran pembayaran khusus, mis. CT Scan, MRI, operasi otak, transplantasi, dll.
3. BPJS menetapkan batas maksimum pembayaran ke fasilitas kesehatan dan/atau penggantian biaya kepada peserta untuk pelayanan sebagaimana dimaksud huruf b.
4. Dalam hal disepakati pembayaran kapitasi atau global budget, maka BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan selambat-lambatnya tanggal 5 untuk pembayaran bulan berjalan.
5. Dalam hal disepakati pembayaran lainnya yang memerlukan klaim seperti DRG dan paket tindakan, maka BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan selambat-lambatnya 15 hari setelah klaim bersih diterima oleh BPJS.
6. BPJS menetapkan batasan suatu wilayah dalam rangka menetapkan besaran dan cara pembayaran.
7. Dalam hal di suatu wilayah terdapat lebih dari satu wilayah asosiasi, maka BPJS melakukan negosiasi dengan asosiasi yang berada di wilayah BPJS

Penanganan Konflik

1. Konflik pembayaran yang terkait dengan pelayanan medis ditangani oleh Komite Medis Independen
2. Konflik kepesertaan dan iuran ditangani oleh Dewan Tripartit Tenaga Kerja dan/atau asosiasi PNS dan asosiasi Pekerja Informal (mis petani, nelayan, dll)
3. Konflik kepesertaan PBI ditangani oleh Depkes dan/atau Pemda di bidang kesehatan
4. Konflik yang menyangkut pelayanan fasilitas kesehatan diselesaikan bersama antara BPJS dengan Komite Medik Independen, serta Pemda di bidang kesehatan

Penanganan Keluhan

1. BPJS wajib membentuk Unit Pelayanan Keluhan di tiap kantor cabang.
2. Setiap peserta yang mengalami pelayanan yang tidak memuaskan, baik di tingkat BPJS maupun di tingkat fasilitas kesehatan, dapat mengajukan keluhan ke Unit Pelayanan Keluhan.
3. Unit Pelayanan Keluhan wajib merespon, mempelajari dan memberikan solusi dan mengkomunikasikannya kembali kepada peserta yang mengajukan keluhan dalam waktu paling lambat 2 minggu.

Pengawasan Eksternal

1. Pengawasan secara rutin dilakukan oleh DJSN.
2. Dalam hal diperlukan penyidikan tertentu, DJSN dapat meminta pihak lain yang berwenang.

Pelaporan

...

2. Kepesertaan, Iuran, dan Manfaat

Formula Besaran Iuran

- a. Pekerja formal (persentase upah/gaji)
 - seragam untuk peserta yang belum dan sudah menikah
 - 5% gaji/upah
 - Perbandingan pemberi kerja dan pekerja --- 4 : 1
- b. Pekerja informal (nominal per-kapita)
- c. Keluarga lain/penambahan peserta (nominal continuous)
 - formal : 1% gaji/upah per keluarga lain/ penambahan peserta
 - informal : 1% dari nominal per-kapita
- d. Ditinjau 6 bulan/tahun
- e. Pemda ?

...

Catatan (ketentuan umum)

1. Komite Medis Independen:
Komite medis yang dibentuk di luar BPJS dan bersifat independen.
2. Klaim bersih:
Klaim yang telah memenuhi/dilampiri syarat-syarat yang diperlukan.
3. Asosiasi Fasilitas Kesehatan:
Asosiasi atau organisasi profesi di bidang fasilitas kesehatan yang diakui oleh BPJS (IDI, Arsada, Persi).
4. Anak:
Yang berusia 23 tahun, belum menikah dan belum bekerja.