

PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 19 TAHUN 2016

TENTANG

PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN PRESIDEN

NOMOR 12 TAHUN 2013 TENTANG JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa beberapa ketentuan dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 perlu disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Presiden tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;

Mengingat : 1. Pasal 4 ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

4. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN PRESIDEN TENTANG PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN PRESIDEN NOMOR 12 TAHUN 2013 TENTANG JAMINAN KESEHATAN.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255), diubah sebagai berikut:

1. Di antara angka 14 dan angka 15 Pasal 1 disisipkan 1 (satu) angka, yakni angka 14a, sehingga Pasal 1 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 1

Dalam Peraturan Presiden ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
5. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.

6. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
7. Pekerja Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah.
8. Pekerja Bukan Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
9. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
10. Gaji atau Upah adalah hak Pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari Pemberi Kerja kepada Pekerja yang ditetapkan dan dibayar menurut suatu perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi Pekerja dan keluarganya atas suatu pekerjaan dan/atau jasa yang telah atau akan dilakukan.
11. Pemutusan Hubungan Kerja yang selanjutnya disingkat PHK adalah pengakhiran hubungan kerja karena suatu hal tertentu yang mengakibatkan berakhirnya hak dan kewajiban antara Pekerja/buruh dan Pemberi Kerja berdasarkan peraturan perundang-undangan.
12. Cacat Total Tetap adalah cacat yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan.
13. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.
14. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
- 14a. Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disebut Kecurangan (Fraud) adalah tindakan yang

dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

15. Pejabat Negara adalah pimpinan dan anggota lembaga negara sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan Pejabat Negara yang ditentukan oleh Undang-Undang.
16. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri adalah pegawai tidak tetap, pegawai honorer, staf khusus, dan pegawai lain yang dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
17. Anggota Tentara Nasional Indonesia yang selanjutnya disebut Anggota TNI adalah personil/prajurit alat negara di bidang pertahanan yang melaksanakan tugasnya secara matra di bawah pimpinan Kepala Staf Angkatan atau gabungan di bawah Pimpinan Panglima TNI.
18. Anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia yang selanjutnya disebut Anggota Polri adalah pegawai negeri pada Kepolisian Negara Republik Indonesia yang melaksanakan fungsi kepolisian.
19. Veteran adalah Veteran Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2012 tentang Veteran Republik Indonesia.
20. Perintis Kemerdekaan adalah Perintis Kemerdekaan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 5 Prps Tahun 1964 tentang Pemberian Penghargaan/Tunjangan kepada Perintis Pergerakan Kebangsaan/Kemerdekaan.
21. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

22. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
 23. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
2. Ketentuan ayat (2) Pasal 4 diubah, sehingga Pasal 4 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 4

- (1) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b merupakan Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya;
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya;
 - dan
 - c. bukan Pekerja dan anggota keluarganya.
- (2) Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Anggota TNI;
 - c. Anggota Polri;
 - d. Pejabat Negara;
 - e. pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah;
 - f. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri;
 - g. pegawai swasta; dan
 - h. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima Upah.
- (3) Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
 - b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.

- (4) Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. penerima pensiun;
 - d. Veteran;
 - e. Perintis Kemerdekaan;
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
 - g. bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
 - (5) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun;
 - e. penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun.
 - (6) Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - (7) Jaminan Kesehatan bagi Pekerja warga negara Indonesia yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.
3. Ketentuan ayat (1) Pasal 5 diubah, sehingga Pasal 5 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 5

- (1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a meliputi Pekerja Penerima Upah, istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
 - (2) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan kriteria:
 1. tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 2. belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - (3) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
 - (4) Anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi anak ke 4 (empat) dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua.
4. Ketentuan Pasal 11 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 11

- (1) Pemberi Kerja sesuai ketentuan Pasal 6 ayat (3) dan ayat (4) wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.
- (2) Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak mendaftarkan Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan.
- (3) Pendaftaran oleh Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan melampirkan dokumen yang membuktikan status ketenagakerjaannya.

- (4) Pekerja yang mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), iurannya dibayar sesuai ketentuan Peraturan Presiden ini.
 - (5) Dalam hal Pekerja belum terdaftar pada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaanya membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.
 - (6) Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikenai sanksi administratif berupa:
 - a. teguran tertulis;
 - b. denda; dan/atau
 - c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.
 - (7) Tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (8) Setiap Pekerja Bukan Penerima Upah sesuai ketentuan dalam Pasal 6 ayat (3) huruf c wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri-sendiri atau berkelompok sebagai Peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.
 - (9) Setiap orang bukan Pekerja sesuai ketentuan dalam Pasal 6 ayat (3) huruf c wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri-sendiri atau berkelompok sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.
5. Ketentuan ayat (2) Pasal 12 diubah, dan di antara ayat (2) dan ayat (3) disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (2a) sehingga Pasal 12 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 12

- (1) Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas Peserta.

- (2) Identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan (NIK), kecuali untuk bayi baru lahir dari ibu yang terdaftar sebagai PBI.
 - (2a) Kartu Indonesia Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan kepada Peserta secara bertahap.
 - (3) Nomor identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan nomor identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.
6. Ketentuan ayat (3) Pasal 16 diubah, sehingga Pasal 16 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16

- (1) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah.
 - (1a) Iuran Jaminan Kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah.
 - (2) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
 - (3) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta.
 - (3a) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi:
 - a. penerima pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (5) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d; dan
 - b. Veteran dan Perintis Kemerdekaan.
 - (4) Dihapus.
7. Ketentuan Pasal 16A diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16A

- (1) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebesar Rp 23.000,00 (dua puluh tiga ribu rupiah) per orang per bulan.
- (2) Ketentuan besaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2016.

8. Ketentuan ayat (1) dan ayat (3) huruf b Pasal 16B diubah, sehingga Pasal 16B berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16B

- (1) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, pimpinan dan anggota DPRD, serta Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan.
- (2) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dibayar dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b. 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta.
- (3) Kewajiban Pemberi Kerja dalam membayar iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, dilaksanakan oleh:
 - a. Pemerintah untuk Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Pusat; dan
 - b. Pemerintah Daerah untuk Iuran Jaminan Kesehatan bagi kepala daerah dan wakil kepala daerah, pimpinan dan anggota DPRD, Pegawai Negeri Sipil Daerah, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Daerah.

9. Ketentuan Pasal 16D diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16D

Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16C dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16B ayat (1) sebesar Rp 8.000.000,00 (delapan juta rupiah).

10. Ketentuan Pasal 16F diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16F

- (1) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja:
 - a. sebesar Rp 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b. sebesar Rp 51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c. sebesar Rp 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- (2) Ketentuan besaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 April 2016.

11. Ketentuan Pasal 16H ditambahkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (4), sehingga Pasal 16H berbunyi sebagai berikut:

Pasal 16H

- (1) Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain dibayar oleh Peserta.

- (2) Besaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebesar 1% (satu persen) dari Gaji atau Upah Peserta Pekerja Penerima Upah per orang per bulan.
- (3) Besaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja ditetapkan sesuai Manfaat yang dipilih mengacu pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16F.
- (4) Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diawali dengan pemberian surat kuasa dari Pekerja kepada Pemberi Kerja untuk melakukan pemotongan tambahan Iuran Jaminan Kesehatan dan menyetorkan kepada BPJS Kesehatan.

12. Ketentuan ayat (3) dan ayat (4) Pasal 17 diubah, ketentuan ayat (5) dan ayat (6) dihapus, sehingga Pasal 17 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 17

- (1) Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari Pekerjaanya, membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyetor iuran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Untuk Pemberi Kerja pemerintah daerah, penyetoran iuran kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening kas negara paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (3) Dalam hal tanggal 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.
- (4) Ketentuan mengenai penerusan iuran Pemberi Kerja pemerintah daerah dari rekening kas negara kepada BPJS Kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan.
- (5) Dihapus.
- (6) Dihapus.

- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

13. Ketentuan ayat (1) Pasal 17A diubah, ketentuan ayat (3) dan ayat (4) dihapus, sehingga Pasal 17A berbunyi sebagai berikut:

Pasal 17A

- (1) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Iuran Jaminan Kesehatan dapat dibayarkan untuk lebih dari 1 (satu) bulan yang dilakukan di awal.
- (3) Dihapus.
- (4) Dihapus.
- (5) BPJS Kesehatan wajib mengembangkan mekanisme penarikan iuran yang efektif dan efisien bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

14. Di antara Pasal 17A dan Pasal 17B disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 17A.1 sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 17A.1

- (1) Dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan lebih dari 1 (satu) bulan sejak tanggal 10

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1) dan ayat (2) dan dalam Pasal 17A ayat (1), penjaminan Peserta diberhentikan sementara.

- (2) Pemberhentian sementara penjaminan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dan status kepesertaan aktif kembali apabila Peserta:
 - a. membayar iuran bulan tertunggak paling banyak untuk waktu 12 (dua belas) bulan; dan
 - b. membayar iuran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.
- (3) Dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelayanan kesehatan rawat inap yang diperolehnya.
- (4) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sebesar 2,5% (dua koma lima persen) dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan:
 - a. jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan
 - b. besar denda paling tinggi Rp 30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).
- (5) Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditanggung oleh Pemberi Kerja.
- (6) Ketentuan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dikecualikan untuk Peserta yang tidak mampu yang dibuktikan dengan surat keterangan dari instansi yang berwenang.
- (7) Ketentuan pemberhentian sementara penjaminan Peserta dan pengenaan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (6) mulai berlaku pada tanggal 1 Juli 2016.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

15. Ketentuan ayat (1) huruf b, ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) Pasal 21 diubah dan di antara ayat (4) dan ayat (5) disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (4a), sehingga Pasal 21 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 21

- (1) Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:
 - a. penyuluhan kesehatan perorangan;
 - b. imunisasi rutin;
 - c. keluarga berencana; dan
 - d. skrining kesehatan.
- (2) Penyuluhan kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- (3) Pelayanan imunisasi rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi konseling, pelayanan kontrasepsi termasuk vasektomi dan tubektomi, bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- (4a) Ketentuan mengenai pemenuhan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi bagi Peserta Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan diatur dengan Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- (5) Vaksin untuk imunisasi rutin serta alat dan obat kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4a) disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

- (7) Ketentuan mengenai tata cara pemberian pelayanan skrining kesehatan jenis penyakit, dan waktu pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan Menteri.

16. Ketentuan Pasal 22 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 22

- (1) Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:
- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
 1. administrasi pelayanan;
 2. pelayanan promotif dan preventif;
 3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 4. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
 7. rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
 1. administrasi pelayanan;
 2. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar;
 3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
 4. tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. rehabilitasi medis;
 8. pelayanan darah;
 9. pelayanan kedokteran forensik klinik;

10. pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
 11. pelayanan keluarga berencana;
 12. perawatan inap non intensif; dan
 13. perawatan inap di ruang intensif.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 2 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat.
- (3) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 11, tidak termasuk pelayanan Keluarga Berencana yang telah dibiayai pemerintah.
- (4) Dalam hal diperlukan, selain pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat kesehatan.
- (5) Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) termasuk alat bantu kesehatan.

17. Di antara Pasal 22 dan Pasal 23 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 22A sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 22A

Menteri dapat menetapkan pelayanan kesehatan lain yang dijamin berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) dengan memperhitungkan kecukupan iuran setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

18. Ketentuan huruf b dan huruf c Pasal 23 diubah, sehingga Pasal 23 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 23

Manfaat akomodasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (5) berupa layanan rawat inap sebagai berikut:

- a. ruang perawatan kelas III bagi:

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
 2. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
- b. ruang perawatan kelas II bagi:
1. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 2. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 3. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 4. Peserta Pekerja Penerima Upah selain angka 1 sampai dengan angka 3 dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan Gaji atau Upah sampai dengan Rp 4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan
 5. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
- c. ruang perawatan kelas I bagi:
1. Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
 2. Pimpinan dan anggota DPRD beserta anggota keluarganya;
 3. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 4. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 5. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;

6. Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
7. janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
8. Peserta Pekerja Penerima Upah selain angka 1 sampai dengan angka 5 dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan Gaji atau Upah di atas Rp 4.000.000,00 (empat juta rupiah) sampai dengan Rp 8.000.000,00 (delapan juta rupiah); dan
9. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

19. Ketentuan Pasal 24 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 24

- (1) Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari haknya dapat mengikuti asuransi kesehatan tambahan.
- (2) Selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya atas kelas yang lebih tinggi dari haknya dapat dibayar oleh:
 - a. Peserta yang bersangkutan;
 - b. Pemberi Kerja; atau
 - c. asuransi kesehatan tambahan.
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan bagi:
 - a. PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - b. Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6A.
- (4) Pembayaran selisih oleh Pemberi Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b tidak termasuk untuk Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

20. Ketentuan Pasal 25 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 25

- (1) Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
 - b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
 - c. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
 - d. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
 - e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 - f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
 - g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 - h. pelayanan meratakan gigi (ortodontisi);
 - i. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 - j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 - k. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
 - l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
 - m. alat dan obat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
 - n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
 - o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
 - p. pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (preventable adverse events); dan

- q. pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.
- (2) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j, pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l, dan kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (preventable adverse events) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf p ditetapkan oleh Menteri.

21. Ketentuan Pasal 27 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 27

BPJS Kesehatan dan penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan dapat melakukan koordinasi dalam memberikan Manfaat untuk Peserta Jaminan Kesehatan yang memiliki hak atas perlindungan program asuransi kesehatan tambahan.

22. Ketentuan Pasal 27A diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 27A

- (1) BPJS Kesehatan melakukan kerja sama dengan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas.
- (2) Ketentuan mengenai tata cara kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas.

23. Pasal 27B dihapus.

24. Pasal 28 dihapus.

25. Di antara ayat (2) dan ayat (3) Pasal 29 disisipkan 3 (tiga) ayat, yakni ayat (2a), ayat (2b), dan ayat (2c), sehingga Pasal 29 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 29

- (1) Untuk pertama kali setiap Peserta didaftarkan oleh BPJS Kesehatan pada satu Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
- (2) Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan selanjutnya Peserta berhak memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkan.
- (2a) Untuk kepentingan pemerataan, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan Peserta dari suatu Fasilitas Kesehatan tingkat pertama ke Fasilitas Kesehatan tingkat pertama lain yang masih dalam wilayah yang sama.
- (2b) Pemindahan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2a) dilakukan dengan mempertimbangkan rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota setelah berkoordinasi dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan organisasi profesi.
- (2c) Dalam hal Peserta yang dipindahkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2a) keberatan, maka Peserta dapat meminta untuk dipindahkan ke Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkannya.
- (3) Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.
- (4) Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi Peserta yang:
 - a. berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 - b. dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- (5) Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan diatur dengan Peraturan Menteri.

26. Ketentuan ayat (3) Pasal 32 diubah, sehingga Pasal 32 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 32

- (1) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Sebelum ditetapkan oleh Menteri, daftar dan harga obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara transparan dan akuntabel oleh Komite Nasional.
- (3) Komite Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BPJS Kesehatan, asosiasi profesi, perguruan tinggi, dan tenaga ahli.
- (4) Daftar obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan.

27. Di antara Pasal 32 dan Pasal 33 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 32A sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 32A

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
- (2) Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam pelayanan kesehatan yang merupakan program pemerintah disediakan oleh Pemerintah dan/atau

Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

28. Di antara ayat (4) dan ayat (5) Pasal 36 disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (4a), sehingga Pasal 36 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 36

- (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (3) Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.
- (4a) Dalam rangka pelaksanaan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.
- (5) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

29. Di antara Pasal 36 dan Pasal 37 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 36A sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 36A

- (1) Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.
- (2) Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.

- (3) Biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditanggung oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

30. Ketentuan Pasal 38 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 38

- (1) BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat:
 - a. tanggal 15 (lima belas) setiap bulan berjalan bagi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang menggunakan cara pembayaran pra upaya berdasarkan kapitasi;
 - b. 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim di luar kapitasi diterima lengkap bagi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan lain; dan
 - c. 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (2) BPJS Kesehatan wajib membayar ganti rugi kepada Fasilitas Kesehatan sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
- (3) Dalam hal tanggal 15 (lima belas) setiap bulan berjalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a jatuh pada hari libur, pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya.

31. Di antara Pasal 38 dan Pasal 39 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 38A sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 38A

- (1) Pengajuan dokumen klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 2 (dua) tahun sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.

- (2) Dalam hal jangka waktu pengajuan dokumen klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.
- (3) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), untuk klaim pembiayaan pelayanan kesehatan dengan masa perawatan panjang atau tidak dapat ditentukan.

32. Di antara ayat (1) dan ayat (2) Pasal 39 disisipkan 1 (satu) ayat yakni ayat (1a), ayat (4) diubah, dan ditambahkan 1 (satu) ayat yakni ayat (5), sehingga Pasal 39 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 39

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara pra upaya berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- (1a) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama Pemerintah Pusat, mekanisme pembayaran, termasuk penggunaan dan pertanggungjawabannya, mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang keuangan negara.
- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's).
- (4) Besaran kapitasi dan non kapitasi serta Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) dan non Indonesian Case Based Groups (non INA-CBG's) ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri.
- (5) Menteri dalam meninjau besaran kapitasi dan non kapitasi serta Indonesian Case Based Groups (INA- CBG's) dan non Indonesian

Case Based Groups (non INA-CBG's) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan dengan memperhitungkan kecukupan iuran dan kesinambungan program sampai dengan 2 (dua) tahun ke depan yang dilakukan bersama dengan BPJS Kesehatan, DJSN, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

33. Di antara Pasal 39 dan Pasal 40 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 39A sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 39A

- (1) Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, serta riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya.

34. Ketentuan ayat (4) Pasal 40 dihapus, sehingga Pasal 40 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 40

- (1) Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan dibayar dengan penggantian biaya.
- (2) Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditagihkan langsung oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- (3) BPJS Kesehatan memberikan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.
- (4) Dihapus.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penilaian kegawatdaruratan dan prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat diatur

dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

35. Ketentuan Pasal 43A diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 43A

- (1) BPJS Kesehatan mengembangkan teknis operasionalisasi sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas.
- (2) Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
- (3) Dalam melaksanakan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

36. Ketentuan ayat (2) Pasal 45 diubah, sehingga Pasal 45 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 45

- (1) Dalam hal Peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.
- (2) Dalam hal Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan/atau Menteri.
- (3) Penyampaian pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan

umpan balik ke pihak yang menyampaikan.

- (4) Penyampaian pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

37. Di antara ayat (1) dan ayat (2) Pasal 46 disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (1a), ketentuan ayat (3) diubah, sehingga Pasal 46 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 46

- (1) Sengketa antara:
 - a. Peserta dengan Fasilitas Kesehatan;
 - b. Peserta dengan BPJS Kesehatan;
 - c. BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan; atau
 - d. BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan,diselesaikan dengan cara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa.
- (1a) Penyelesaian sengketa secara musyawarah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau Badan Pengawas Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui pengadilan.
- (3) Penyelesaian sengketa dengan cara mediasi atau melalui pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

38. Di antara BAB XI dan BAB XII disisipkan 3 (tiga) Bab, yakni BAB XIA, BAB XIB, dan BAB XIC, dan di antara Pasal 46 dan Pasal 47 disisipkan 4 (empat) pasal, yakni Pasal 46A, Pasal 46B, Pasal 46C, dan Pasal 46D sehingga berbunyi sebagai berikut:

BAB XIA

PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN

Pasal 46A

- (1) BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.
- (2) Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh Peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan.
- (3) Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui:
 - a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan (*Fraud*);
 - b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*Fraud*);
 - c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
 - d. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*Fraud*).
- (4) Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara sistemik, terstruktur, dan komprehensif dengan melibatkan seluruh sumber daya manusia di BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan pemangku kepentingan lainnya.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB XIB
PENGAWASAN

Pasal 46B

- (1) Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- (2) Pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, perhimpunan/asosiasi perumahsakit, dan/atau organisasi profesi sesuai dengan kebutuhan.
- (3) Pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara terkoordinasi dengan instansi terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 46C

Pengawas Ketenagakerjaan pada instansi yang bertanggung jawab di bidang ketenagakerjaan dapat melakukan pemeriksaan terhadap Pemberi Kerja yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) yang pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XIC
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 46D

Kartu kepesertaan yang telah dimiliki oleh Peserta sebelum Peraturan Presiden ini diundangkan, dinyatakan tetap berlaku sepanjang belum diganti dengan Kartu Indonesia Sehat sesuai ketentuan dalam Peraturan Presiden ini.

Pasal II

Peraturan Presiden ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Presiden ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Februari 2016

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

JOKO WIDODO

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 1 Maret 2016

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

YASONNA H. LAOLY

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2016 NOMOR 42

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT KABINET RI
Deputi Bidang Pembangunan
Manusia dan Kebudayaan,

ttd.

Surat Indrijarso

Penafian

Peraturan perundang-undangan ini merupakan dokumen yang ditulis / diketik ulang dari salinan resmi peraturan perundang-undangan yang telah diundangkan oleh pemerintah Republik Indonesia. Dilakukan untuk memudahkan pihak yang berkepentingan untuk mendapatkan dan memahami peraturan perundang-undangan terkait dengan ketenagakerjaan.

