



PERATURAN DIREKSI
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 67 TAHUN 2021
TENTANG
PEDOMAN PENGELOLAAN IURAN JAMINAN KESEHATAN
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan program kerja sesuai dengan inisiatif strategis manajemen iuran, dan untuk menjaga kesinambungan pembiayaan program jaminan kesehatan, diperlukan acuan panduan pengelolaan iuran jaminan kesehatan yang komprehensif;
- b. bahwa dalam rangka penyesuaian dan penyesuaian terhadap perubahan regulasi terkini tentang Jaminan Kesehatan perlu dilakukan perubahan dalam kebijakan pengelolaan iuran program jaminan kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Pedoman Pengelolaan iuran Jaminan Kesehatan dengan Peraturan Direksi;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2001 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
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);

Kantor Pusat

Jl. Letjen Suprpto Kav. 20 No. 14, Cempaka Putih
PO BOX 1391/JKT, Jakarta Pusat 10510 - Indonesia
Telp. +62 21 421 2938 (Hunting), Fax. +62 21 421 2940
www.bpjs-kesehatan.go.id

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. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial; (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5481);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 239, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5482) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2018 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 232, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6270);
7. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);
8. Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 38);



9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 205/PMK.02/2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Penghasilan dari Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1609) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan 158/PMK.02/2019 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 205/PMK.02/2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Penghasilan dari Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1419);
10. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 190/PMK.05/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pembayaran Belanja Pegawai Gaji di Lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 157/PMK.05/2019 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 190/PMK.05/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pembayaran Belanja Pegawai Gaji di Lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1418);
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 218) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 160/PMK.02/2019 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1421);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 803);



13. Peraturan Menteri Keuangan 156/PMK.05/2019 tentang Dana Perhitungan Fihak Ketiga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1417);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 119 Tahun 2019 tentang Pemotongan, Penyetoran, Dan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Kepala Desa Dan Perangkat Desa (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1802);
15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III, dan Bantuan Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 685);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 70 Tahun 2020 tentang Penyetoran Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja Penerima Upah di Lingkungan Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1135);
17. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Tata Cara Penagihan, Pembayaran, dan Pencatatan Iuran Jaminan Kesehatan dan Pembayaran Denda Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1665) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Tata Cara Penagihan, Pembayaran, dan Pencatatan Iuran Jaminan Kesehatan dan Pembayaran Denda Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 543);



18. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1654);
19. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-15/PB/2020 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-31/PB/2016 tentang Tata Cara Pembayaran Penghasilan Bagi Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang Dibebankan Pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKSI TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN IURAN JAMINAN KESEHATAN.

Pasal 1

Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan merupakan acuan bagi Duta BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan kegiatan pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan.

Pasal 2

Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direksi ini.

Pasal 3

Pada saat Peraturan Direksi ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Direksi Nomor 0106 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan *Business Contingency Plan (BCP)* Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Badan Usaha (Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2014 Nomor 408);
- b. Peraturan Direksi Nomor 01 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Standarisasi Moda Pembayaran dan Penagihan Iuran (Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2016 Nomor 07);



- c. Peraturan Direksi Nomor 04 Tahun 2017 tentang Pedoman Implementasi Kader JKN-KIS (Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017 Nomor 05);
- d. Peraturan Direksi Nomor 03 Tahun 2019 tentang Mekanisme Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional bagi Peserta Pekerja Penerima Upah Selain Penyelenggara Negara, Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja Pada Masa Pasca Bencana Alam (Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2019 Nomor 3);
- e. Peraturan Direksi Nomor 04 Tahun 2019 tentang Pedoman Pengelolaan Iuran Dan Denda Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2019 Nomor 4);
- f. Peraturan Direksi Nomor 54 Tahun 2020 tentang Pedoman Penagihan Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III, Dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III Kepada Pemerintah Pusat Dan/Atau Pemerintah Daerah (Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2020 Nomor 64);
- g. Peraturan Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 3 Tahun 2019 tentang Program Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan Tingkat Provinsi dan Tingkat Kabupaten atau Kota;
- h. Peraturan Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembalian Kelebihan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan;
- i. Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 02/Ed/0119 tentang Pembayaran Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara;
- j. Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 43 Tahun 2015 tentang Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;



- k. Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 48 Tahun 2016 tentang Standar Prosedur Pelaksanaan Pembayaran Iuran dan Denda Keterlambatan;
 - l. Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Prosedur Penyetoran Iuran BPJS Kesehatan oleh Peserta Penerima Upah Badan Usaha, Peserta Bukan Penerima Upah, dan Peserta Bukan Pekerja;
 - m. Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi Nomor 139 Tahun 2014 tentang Prosedur Monitoring dan Optimalisasi Penerimaan Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan;
- dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 4

Peraturan Direksi ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.



Agar setiap Duta BPJS Kesehatan mengetahuinya, memerintahkan pengumuman Peraturan Direksi ini dengan penempatannya dalam Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 31 Desember 2021

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

ALI GHUFRON MUKTI

LEMBARAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TAHUN 2021 NOMOR
76

Salinan sesuai dengan aslinya

Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga
Dan Regulasi



Jenni Wihartini

NIP: 02271

LAMPIRAN PERATURAN DIREKSI BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KESEHATAN NOMOR 67 TAHUN 2021
TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN
IURAN JAMINAN KESEHATAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dibentuk melalui Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan tujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dibentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diharapkan dapat terpenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dibentuk dengan fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan status sebagai badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang. Dalam melaksanakan fungsinya, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan bertugas untuk:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
3. Menerima Bantuan iuran dari Pemerintah;
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
5. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
6. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugas tersebut di atas, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan berwenang sebagaimana diatur dalam pasal 11 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, yaitu:

1. Menagih pembayaran luran;
2. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
6. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
7. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar luran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
8. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Kewajiban membayar luran bagi peserta program Jaminan Kesehatan tercantum dalam Pasal 17 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang menyatakan bahwa:

- (1) Setiap peserta wajib membayar luran yang besarnya ditetapkan berdasarkan prosentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu;
- (2) Setiap pemberi kerja wajib memungut luran dari pekerjanya, menambahkan luran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan luran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala;
- (3) Besarnya luran sebagaimana pada ayat (1) dan (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak;
- (4) luran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor

82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari Pekerjaannya, membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyetor iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan, demikian pula peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan bukan Pekerja (PBPU dan BP), wajib membayar iuran Jaminan Kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan. Dalam hal sampai dengan akhir bulan peserta belum membayar iuran Jaminan Kesehatan, maka penjaminan peserta diberhentikan sementara terhitung mulai tanggal 1 bulan berikutnya, dan pemberhentian sementara tersebut diakhiri serta status kepesertaan aktif kembali apabila peserta:

1. Membayar iuran bulan tertunggak paling banyak untuk waktu 24 (dua puluh empat) bulan;
2. Membayar iuran pada bulan saat peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.

Dalam upaya meningkatkan penerimaan iuran, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan wajib mengembangkan mekanisme pemungutan iuran yang efektif dan efisien bagi seluruh segmen.

B. Maksud dan Tujuan

Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan disusun dengan maksud untuk dijadikan sebagai panduan bagi seluruh Duta BPJS Kesehatan dalam melaksanakan fungsi dan tugas mengelola iuran Jaminan Kesehatan.

Tujuan penyusunan Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan ini adalah dalam rangka:

1. Memberikan pemahaman agar terbentuk persepsi yang sama mengenai pengelolaan iuran jaminan kesehatan; dan
2. Memberikan acuan dalam melaksanakan pengelolaan iuran jaminan kesehatan agar tercipta pengelolaan iuran yang seragam di seluruh Indonesia;

C. Sasaran

Sasaran penyusunan Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan adalah terhimpunnya Iuran Jaminan Kesehatan dari peserta dan pemberi kerja dalam rangka pelaksanaan fungsi, tugas dan wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

D. Asas

1. Akuntabilitas

Seluruh proses bisnis yang dilaksanakan dalam pengelolaan iuran jaminan kesehatan didasarkan pada regulasi yang ada, mampu ditelusuri, dan dapat dipertanggungjawabkan;

2. Kehati-hatian

Pengelolaan data iuran dilaksanakan secara hati-hati dan dijaga kerahasiaannya dari pihak lain yang tidak berkepentingan;

3. Reliabilitas

Sistem pengelolaan iuran dan database manajemen iuran sesuai dengan proses bisnis dan regulasi yang lebih tinggi.

4. Keterbukaan

BPJS Kesehatan membuka diri terhadap hak pemangku kepentingan untuk memperoleh informasi yang benar, jujur dan tidak diskriminatif tentang pengelolaan iuran jaminan kesehatan.

5. Profesionalitas

Pengelolaan iuran jaminan kesehatan dilaksanakan dengan mengutamakan keahlian Duta BPJS Kesehatan yang berdasarkan kode etik dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

6. Berorientasi pada hasil (*target oriented*)

Rencana kerja dan anggaran pengelolaan iuran jaminan kesehatan disusun berdasarkan prestasi penerimaan iuran yang akan dicapai, dan pengelolaan iuran jaminan kesehatan dilaksanakan dengan mengikuti rencana kerja dan anggaran.

E. Ruang Lingkup

Pedoman pengelolaan iuran jaminan kesehatan ini mengatur tentang:

1. Filosofi pengelolaan iuran jaminan kesehatan;
2. Mekanisme pengelolaan iuran dan denda akibat keterlambatan pembayaran iuran jaminan kesehatan sebagai berikut:
 - a. Iuran Jaminan Kesehatan PBI Jaminan Kesehatan dan Non PBI;
 - b. Manajemen Moda Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan;
 - c. Denda Pelayanan Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan;
 - d. Pengembalian Kelebihan Pembayaran Iuran dan Denda Jaminan Kesehatan;
 - e. Kontribusi Iuran PBI Jaminan Kesehatan, Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dan Daerah;
 - f. Rekonsiliasi Iuran;
 - g. Strategi Penyelesaian Tunggakan Iuran:
 - 1). Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Autodebit;
 - 2). Telekolekting;
 - 3). Pengiriman Surat Pengingat Pembayaran (*Reminder*);
 - 4). Kunjungan Lapangan Dalam Rangka Penagihan Iuran;
 - 5). Integrasi Pengawasan Kepatuhan Pembayaran Iuran antara UKPF Penagihan dan Keuangan dengan UKPF Pengawasan dan Pemeriksaan Kepatuhan Pemberi Kerja PPU selain Penyelenggara Negara;
 - 6). Penyelesaian Tunggakan Iuran melalui Pemotongan DAU dan/atau DBH;
 - 7). Pembayaran Tunggakan Iuran Secara Bertahap bagi Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara serta PBPU dan BP;
 - 8). Penggalangan Dana Pihak Ketiga Sebagai Salah Satu Alternatif Penyelesaian Tunggakan Iuran PBPU dan BP.
 - 9). Implementasi Kader JKN-KIS
 - h. Dukungan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dari Pemerintah Daerah melalui Kontribusi Penerimaan yang Berasal dari Pajak Rokok;
 - i. Sosialisasi dan Edukasi Pembayaran Iuran;
 - j. Monitoring dan Evaluasi Penerimaan Iuran;
 - k. Kemitraan Dalam Penagihan Iuran Jaminan Kesehatan;

- I. Pencegahan dan Pengelolaan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan.

F. Pengertian Umum

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 jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial bidang kesehatan.
3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran jaminan Kesehatan.
4. Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk program Jaminan Kesehatan.
5. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan yang ditetapkan sesuai peraturan perundangan.
6. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
7. Pekerja Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PPU adalah setiap orang yang bekerja pada Pemberi Kerja dengan menerima gaji atau upah.
8. Pekerja Bukan Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
9. Bukan Pekerja, yang selanjutnya disingkat BP adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.
10. Pejabat Negara adalah pimpinan dan anggota lembaga negara sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan pejabat lainnya yang ditentukan oleh Undang-Undang.

11. Pegawai Negeri Sipil, yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai Aparatur Sipil Negara secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.
12. Prajurit adalah anggota Tentara Nasional Indonesia.
13. Anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia, yang selanjutnya disebut Anggota Polri adalah Anggota Polri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang yang mengatur mengenai Kepolisian Negara Republik Indonesia.
14. Veteran adalah Veteran Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang yang mengatur mengenai Veteran Republik Indonesia.
15. Perintis Kemerdekaan adalah Perintis Kemerdekaan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang yang mengatur mengenai Perintis Kemerdekaan atau pemberian penghargaan/tunjangan kepada Perintis Pergerakan Kebangsaan/Kemerdekaan.
16. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan Pegawai Aparatur Sipil Negara dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
17. 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.
18. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
19. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
20. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan

perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

21. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
22. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
23. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Pusat yang ditetapkan dengan Undang-Undang.
24. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan peraturan daerah.
25. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah yang selanjutnya disingkat APIP adalah instansi pemerintah yang dibentuk dengan tugas melaksanakan pengawasan intern di lingkungan Pemerintah Pusat dan/ atau Pemerintah Daerah.
26. Kontribusi Pemerintah Daerah dalam Membayar luran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Kontribusi luran Peserta PBI adalah pembayaran Pemerintah Provinsi kepada BPJS Kesehatan atas sebagian luran Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Presiden mengenai jaminan kesehatan.
27. Bantuan luran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang selanjutnya disebut Bantuan luran adalah pembayaran Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah kepada BPJS Kesehatan atas selisih luran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Presiden mengenai jaminan kesehatan.
28. Peserta Aktif adalah Peserta yang telah membayar luran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
29. Pajak Rokok adalah pungutan atas cukai rokok yang dipungut oleh Pemerintah.

30. Kapasitas Fiskal Daerah adalah kemampuan keuangan masing-masing daerah yang dicerminkan melalui pendapatan daerah dikurangi dengan pendapatan yang penggunaannya sudah ditentukan dan belanja tertentu.
31. Dana Alokasi Umum yang selanjutnya disingkat DAU adalah dana yang dialokasikan dalam APBN kepada daerah dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar-Daerah untuk mendanai kebutuhan Daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.
32. Dana Bagi Hasil yang selanjutnya disingkat DBH adalah dana yang dialokasikan dalam APBN kepada daerah berdasarkan angka prosentase tertentu dari pendapatan negara untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.
33. Tunggakan Kewajiban Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Tunggakan adalah kewajiban pembayaran iuran, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran yang belum dibayarkan kepada BPJS Kesehatan.
34. Pejabat Pembuat Komitmen yang selanjutnya disingkat PPK adalah pejabat yang melaksanakan kewenangan Pengguna Anggaran/kuasa pengguna anggaran untuk mengambil keputusan dan/atau tindakan yang dapat mengakibatkan pengeluaran atas beban APBN.
35. Pejabat Penanda Tangan Surat Perintah Membayar yang selanjutnya disingkat PPSPM adalah pejabat yang diberi kewenangan oleh Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Anggaran untuk melakukan pengujian atas permintaan pembayaran dan menerbitkan perintah pembayaran.
36. *Virtual Account* adalah nomor identifikasi peserta yang disediakan oleh BPJS Kesehatan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran Jaminan Kesehatan. Penyetoran iuran melalui *Virtual Account* meliputi penyetoran iuran yang dilakukan oleh Peserta PBU/BP, Pemberi Kerja, Pemerintah Pusat, dan Pemerintah Daerah.
37. *Payment Point Online Bank* yang selanjutnya disingkat PPOB adalah kanal pembayaran iuran Peserta yang disediakan oleh BPJS Kesehatan sebagai alternatif pembayaran selain di bank Pemerintah.
38. Surat Setoran Bukan Pajak, yang selanjutnya disebut sebagai SSBP adalah surat setoran yang digunakan oleh Pemerintahan Daerah untuk menyetorkan iuran Wajib PNS Daerah, Tabungan Perumahan, dan Iuran Wajib Pemda ke Bank/Pos Persepsi, untuk melakukan setoran bukan Pajak/PNBP (khususnya iuran jaminan kesehatan)

39. Surat Perintah Membayar, yang selanjutnya disebut SPM adalah dokumen yang diterbitkan/digunakan oleh Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Anggaran untuk mencairkan alokasi dana yang sumber dananya dari DIPA.
40. Bank Persepsi adalah Bank Umum yang ditunjuk oleh Menteri Keuangan untuk menerima setoran penerimaan negara bukan dalam rangka impor, yang meliputi penerimaan pajak, cukai dalam negeri, dan penerimaan negara bukan pajak.
41. Pos Persepsi adalah Kantor Pos yang ditunjuk oleh Menteri Keuangan untuk menerima setoran penerimaan negara.
42. Nomor Transaksi Bank, yang selanjutnya disebut NTB adalah Nomor bukti transaksi penyetoran penerimaan negara yang diterbitkan oleh Bank.
43. Nomor Transaksi Pos, yang selanjutnya disebut NTP adalah Nomor bukti transaksi penyetoran penerimaan negara yang diterbitkan oleh Pos.
44. Nomor Transaksi Penerimaan Negara, yang selanjutnya disebut NTPN adalah Nomor yang tertera pada bukti penerimaan negara yang diterbitkan melalui Modul Penerimaan Negara.
45. Moda pembayaran Iuran adalah sarana yang disediakan oleh BPJS Kesehatan bagi Peserta untuk melakukan pembayaran Iuran.
46. Aplikasi Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara, yang selanjutnya disebut Aplikasi OMSPAN adalah Aplikasi yang dikembangkan oleh Kementerian Keuangan yang berfungsi sebagai alat monitoring penerimaan dana Perhitungan Pihak Ketiga yang disetorkan melalui kas negara.
47. Kader JKN-KIS adalah individu yang bekerja sama sebagai mitra BPJS Kesehatan berdasarkan hubungan kemitraan yang menjalankan sebagian fungsi BPJS Kesehatan pada suatu wilayah tertentu.
48. Agen Institusi adalah Lembaga Keuangan (bank/non bank) atau non keuangan yang berbadan hukum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal pengumpulan iuran peserta menunggak.
49. *Agregator* adalah perbankan yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan yang berfungsi sebagai pemimpin atau mediator dalam proses transaksi penerimaan pembayaran iuran peserta Jaminan Kesehatan Nasional secara *online*.

50. *Switcher* adalah perusahaan penyedia jasa switching atas kerja sama dengan bank mitra BPJS Kesehatan, dimana tugas dan tanggung jawabnya antara lain:
- Menyediakan jaringan antara BPJS Kesehatan dengan *collecting agent*;
 - Monitoring kehandalan jaringan guna mendukung transaksi *online* pada *collecting agent*;
 - Menyediakan laporan yang diperlukan terkait dengan transaksi *online* pada *collecting agent*.
51. Auto Debit adalah layanan yang diberikan oleh Bank dan Non-Bank untuk melakukan pendebitan rekening atau saldo *account* dalam rangka pembayaran Jaminan Kesehatan yang ditagih dan ditetapkan dari waktu ke waktu oleh BPJS Kesehatan dari rekening atau *account* Peserta yang telah terdaftar dalam sistem Autodebit.
52. Mobile JKN adalah Aplikasi yang memberikan kemudahan akses informasi terkait program Jaminan Kesehatan Nasional dan pelayanan yang optimal bagi peserta yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan secara cepat dan mudah.
53. Telekolekting adalah penagihan iuran dan tunggakan iuran jaminan kesehatan dengan menggunakan perangkat telekomunikasi.
54. Aplikasi SIMANIS adalah Sistem penagihan iuran Terintegrasi yang digunakan dalam rangka penagihan iuran kepada peserta melalui berbagai upaya yang telah ditetapkan oleh manajemen.
55. Strategi pemulihan pengelolaan iuran jaminan kesehatan adalah proses bisnis yang dilaksanakan agar peserta dapat tetap membayarkan iuran meskipun sistem BPJS Kesehatan atau sistem perbankan mengalami masalah sehingga peserta tidak dapat membayar iuran melalui Virtual Account yang tersedia.
56. Kecurangan (*fraud*) dalam pengelolaan iuran jaminan kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional Kesehatan adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, pegawai BPJS Kesehatan, mitra, dan pihak lain untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
57. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan yang selanjutnya disingkat Tim PK-JKN BPJS Kesehatan adalah Tim yang

dibentuk BPJS Kesehatan dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional.

58. Gratifikasi adalah pemberian dalam arti luas, yakni meliputi pemberian uang, barang, rabat (*discount*), komisi, pinjaman tanpa bunga, tiket perjalanan, fasilitas penginapan, perjalanan wisata, pengobatan cuma-cuma, dan fasilitas lainnya.
59. *File Transfer Protocol* atau FTP adalah suatu protokol yang berfungsi untuk pengiriman atau pertukaran berkas/file dalam suatu jaringan komputer, merupakan suatu standar untuk pengiriman berkas/file komputer antar mesin-mesin dalam sebuah jaringan/*framework*.
60. Rekening BPJS Kes – Asset DJS BCP merupakan rekening penampungan sementara, yang digunakan hanya jika terjadi permasalahan pada sistem penerimaan iuran, sehingga iuran tidak dapat diterima pada rekening *Collection VA*.
61. Catatan atas laporan keuangan merupakan bagian tidak terpisahkan dari laporan keuangan. Catatan atas laporan keuangan memuat mengenai pernyataan kepatuhan terhadap SAK, gambaran umum entitas, ikhtisar kebijakan akuntansi material, penjelasan pos laporan keuangan dan informasi penting lain.
62. Laporan keuangan adalah catatan informasi keuangan perusahaan pada suatu periode akuntansi yang dapat digunakan untuk menggambarkan kinerja perusahaan.

BAB II

FILOSOFI PENGELOLAAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional khususnya pada Pasal 10, BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional, bertugas untuk memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja. Dalam menjalankan tugasnya tersebut, BPJS Kesehatan diberikan beberapa kewenangan antara lain:

1. Kewenangan untuk menagih pembayaran iuran.

Kewenangan BPJS Kesehatan untuk menagih pembayaran iuran secara rutin setiap bulan dan atau digunakan dalam hal terjadi penunggakan atau kekurangan pembayaran iuran oleh Peserta/Pemberi Kerja/pihak lain yang berkomitmen untuk membayar iuran atas nama Peserta;

2. Kewenangan untuk bekerja sama dengan pihak lain dalam rangka mengumpulkan iuran. Kewenangan ini untuk menjamin kelancaran pembayaran iuran jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan bekerja sama dalam hal pemungut dan pengumpul iuran dengan 4 (empat) Bank BUMN sebagai mitra yang berfungsi sebagai *aggregator* kanal pembayaran iuran;
3. Kewenangan melakukan pengawasan atas kepatuhan pembayaran iuran; dan
4. Kewenangan mengenakan sanksi administratif bagi Peserta/Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajiban membayar iuran jaminan kesehatan.

A. Filosofi Pemungutan dan Penagihan Iuran Jaminan Kesehatan

1. Filosofi Pemungutan Iuran

- a. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, definisi memungut (yang berasal dari kata pungut) adalah menarik (biaya, iuran, sumbangan, dsb).
- b. Definisi iuran dalam Kamus Bahasa Indonesia adalah jumlah uang yang dibayarkan anggota perkumpulan kepada bendahara setiap bulan.
- c. Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut iuran didefinisikan pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagai sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk program Jaminan Kesehatan.

- d. Dengan demikian maka “memungut iuran” didefinisikan sebagai “menarik” sejumlah uang yang harus dibayarkan anggota perkumpulan kepada bendahara setiap bulan.
- e. Dalam konteks pengelolaan iuran jaminan kesehatan, Pemungutan iuran merupakan serangkaian upaya yang dilakukan untuk menarik sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Peserta/Pemberi Kerja/Pihak lain atas nama Peserta kepada BPJS Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan.

2. Filosofi Penagihan Iuran Jaminan Kesehatan

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), penagihan didefinisikan sebagai:

- a. Proses, cara, perbuatan menagih;
- b. Permintaan (peringatan dan sebagainya) supaya membayar utang dan sebagainya.
- c. Tuntutan supaya memenuhi janji.

Secara singkat Penagihan dapat diartikan sebagai menginformasikan dan mengingatkan pihak-pihak yang tertagih bahwa ia mempunyai kewajiban untuk membayar utangnya kepada pihak penagih.

Berdasarkan definisi sebagaimana telah disebutkan di atas, maka pengertian dari Penagihan Iuran adalah suatu proses/cara/perbuatan menagih, atau menyampaikan permintaan supaya pihak tertagih membayar, atau melakukan tuntutan agar tertagih memenuhi janji untuk membayar sejumlah uang yang harus dibayarkan sebagai anggota perkumpulan kepada bendahara setiap bulan.

Dalam konteks penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pemungutan iuran didefinisikan sebagai suatu upaya/ serangkaian upaya untuk menarik sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Peserta Jaminan Kesehatan, atau pihak lain yang membayar atas nama Peserta kepada BPJS Kesehatan selaku penyelenggara program Jaminan Kesehatan setiap bulan.

B. Filosofi Penyusunan Pedoman Pengelolaan Iuran

Dalam upaya menagih dan memungut iuran dari peserta JKN, BPJS Kesehatan wajib mengembangkan sistem dan mekanisme yang efektif dan efisien berdasarkan

karakteristik peserta JKN dengan tetap berpedoman pada regulasi yang berlaku. Hal ini sejalan dengan amanah Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 40 ayat (3) disebutkan bahwa BPJS Kesehatan wajib mengembangkan mekanisme penarikan atau penagihan iuran yang efektif dan efisien khususnya pada segmen Peserta PBPU dan BP. Upaya pengembangan metode penagihan iuran difokuskan pada peserta JKN segmen informal (PBPU) yang merupakan segmen peserta dengan karakteristik latar belakang pekerja informal yang unik dan beragam dan dengan jumlah populasi yang cukup besar, yang tersebar di berbagai daerah termasuk daerah terpencil di Indonesia, sedangkan jumlah sumber daya manusia dan biaya operasional BPJS Kesehatan sangat terbatas.

Dengan diterbitkannya Peraturan Presiden RI Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan khususnya terhadap perubahan pada Pasal 29, Pasal 34, Pasal 35A dan Pasal 36A yang diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Pekerja Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III, dan Bantuan Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah, serta untuk memenuhi pengelolaannya sesuai dengan Asas-Asas Umum pengelolaan Keuangan Negara menjadi filosofi diterbitkannya Peraturan Direksi turunan dari Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 yang mengatur secara lebih teknis.

Penetapan pedoman pengelolaan ini dalam Peraturan Direksi dimaksudkan agar pedoman ini dapat dijadikan sebagai acuan yang berdasar hukum memadai bagi setiap Duta BPJS Kesehatan dalam menerapkan proses pengumpulan dan penagihan Iuran Jaminan Kesehatan secara komprehensif, yang terdiri dari Iuran Jaminan Kesehatan untuk seluruh segmen, Kontribusi dan Bantuan Iuran bagi Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, dan Bantuan Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III, sehingga pengelolaan iuran

jaminan kesehatan dapat terlaksana dengan mengikuti prinsip tata kelola yang baik (*good governance*) dan sesuai dengan Asas-Asas Umum pengelolaan Keuangan Negara.

BAB III

BESARAN IURAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

A. Besaran iuran

Ketentuan mengenai besaran iuran jaminan kesehatan diatur dengan Peraturan Presiden. Besaran iuran bagi setiap segmen peserta Jaminan Kesehatan, ditetapkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan nominal tertentu yang dikenakan per orang per bulan.

Pengenaan besaran iuran berdasarkan nominal iuran per orang per bulan berlaku bagi Peserta PBU dan BP dengan ketentuan pembayaran iuran dilaksanakan secara kolektif untuk satu keluarga yang tergabung dalam 1 (satu) Kartu Keluarga.

2. Berdasarkan prosentase dari penghasilan peserta.

Pengenaan besaran iuran berdasarkan prosentase tertentu dari penghasilan peserta (kepala keluarga) berlaku bagi segmen peserta PPU, yang mencakup iuran untuk Peserta dan paling banyak 4 (empat) anggota keluarga.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan regulasi turunannya, bahwa besaran iuran peserta jaminan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. PBI-JK

a. Tahun 2020

- 1). Besaran iuran untuk Peserta PBI-JK adalah sebesar Rp42.000,00 per orang per bulan, berlaku mulai tanggal 1 Agustus 2019.
- 2). Iuran bagi Peserta PBI-JK dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.

b. Tahun 2021 dan seterusnya

- 1). Besaran Iuran Peserta PBI JK Tahun 2021 adalah sebesar Rp42.000,00 per orang per bulan.
- 2). Besaran Iuran Peserta PBI JK yang dibayarkan oleh Pemerintah Pusat mulai tahun 2021 dan seterusnya adalah sebagai berikut:

- a). Untuk Provinsi dengan kapasitas fiskal sangat tinggi sebesar 39.800.00 per orang per bulan.
 - b). Untuk Provinsi dengan kapasitas fiskal tinggi dan sedang sebesar Rp39.900.00 per orang per bulan.
 - c). Untuk Provinsi dengan kapasitas fiskal rendah dan sangat rendah sebesar Rp40.000.00/orang /bulan.
- 3). Untuk menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan, Pemerintah Daerah berkontribusi dalam membayar iuran bagi Peserta PBI JK sebagaimana dimaksud dalam angka 2) sesuai kapasitas fiskal daerah, dibayarkan oleh Pemerintah Provinsi secara langsung kepada BPJS Kesehatan melalui *Virtual Account*.

2. Penduduk Yang Didaftarkan Oleh Pemerintah Daerah

- a. Besaran iuran penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, sama dengan besaran iuran bagi PBI-JK yaitu sebesar Rp42.000,00 per orang per bulan, berlaku pada bulan Januari s.d Juni 2020.
- b. Besaran iuran penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah untuk bulan Juli s.d Desember 2020 adalah sebesar Rp42.000,00 per orang per bulan, dengan rincian iuran Rp25.500,00 dibayar oleh Pemerintah Daerah dan Rp16.500,00 dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai Bantuan iuran.

3. Peserta PBPU dan Peserta BP

iuran bagi peserta PBPU dan BP selain Penyelenggara Negara dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta dengan besaran iuran sebagai berikut:

- a. Untuk bulan Januari sampai dengan Maret 2020, iuran bagi Peserta PBPU dan BP sebesar:
 - 1). Rp42.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
 - 2). Rp110.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; dan
 - 3). Rp160.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

- b. Untuk bulan April sampai dengan Juni 2020, iuran bagi Peserta PBPU dan BP yaitu sebesar:
 - 1). Rp25.500,00 per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
 - 2). Rp51.000,00 per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau
 - 3). Rp80.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- c. Untuk bulan Juli sampai dengan Desember 2020, iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP diatur sebagai berikut:
 - 1). Besaran iuran untuk Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas III yaitu sama dengan besaran iuran bagi Peserta PBI JK, dengan nominal Rp42.000,00 per orang per bulan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a). iuran sebesar Rp25.500,00 per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan BP atau pihak lain atas nama Peserta;
 - b). iuran sebesar Rp16.500,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai bantuan iuran kepada Peserta PBPU dan BP.
- d. Untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya:
 - 1). Besaran iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas III diatur dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a). Sebesar Rp35.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta;
 - b). Sebesar Rp7.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai Bantuan iuran kepada Peserta PBPU dan BP;
 - c). iuran sebesar Rp35.000,00 bagi Peserta PBPU dan BP yang merupakan bagian dari yang dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain, dapat dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagian atau seluruhnya;
 - d). Bantuan iuran kepada Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III diberikan kepada

Peserta PBPU dan Peserta BP dengan status kepesertaan aktif;

- 2). Besaran Iuran untuk Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas II adalah sebesar Rp100.000,00 per orang per bulan;
- 3). Besaran Iuran untuk Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan rawat inap di ruang perawatan Kelas I adalah sebesar Rp150.000,00 per orang per bulan.

4. Peserta PPU

a. Peserta PPU terdiri dari:

1). Peserta PPU dari Pemberi Kerja Penyelenggara Negara

Peserta PPU dari Pemberi Kerja Penyelenggara negara terdiri dari:

- a). PNS Pusat
- b). PNS Daerah
- c). PPPK Pusat
- d). PPPK Daerah
- e). Prajurit
- f). Anggota Polri
- g). Pejabat Negara
- h). Pimpinan dan Anggota DPRD
- i). Kepala Desa dan Perangkat Desa
- j). PPNNP

2). Peserta PPU dari Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara

- a). BUMN
- b). BUMD
- c). BU Swasta

b. Iuran bagi Peserta PPU dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja dengan besaran pengenaan iuran sebagai berikut:

1). PPU dari Pemberi Kerja Penyelenggara Negara

a). Bagi Peserta PPU dari Pemberi Kerja Penyelenggara Negara pada angka 1) huruf a) sampai dengan huruf h) berlaku ketentuan perhitungan iuran sebagai berikut:

- (1). Besaran Iuran ditetapkan sebesar 5% dari Gaji atau Upah per bulan, terhitung mulai tanggal 1 Januari 2020 ditetapkan

batas paling tinggi gaji atau upah per bulan sebesar Rp.12.000.000,00, dan batas paling rendah sebesar Upah Minimum Kabupaten/Kota, atau Upah Minimum Provinsi dalam hal tidak ditetapkan Upah Minimum Kabupaten/Kota,

- (2). Komposisi pembayaran iuran dihitung dengan ketentuan:
- (a). 4% dibayar oleh Pemberi Kerja;
 - (b). 1% dibayar oleh Peserta; dan
 - (c). Formulasi perhitungan adalah sebagai berikut:
 - i. Iuran dihitung masing-masing untuk prosentase 1% dan 4%
 - ii. Prosentase iuran (1% atau 4%) dikalikan dengan Dasar Perhitungan Iuran.
 - iii. Hasil perhitungan iuran dinyatakan dalam bilangan bulat. Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal kurang dari 0,5, maka angka terakhir dari hasil perhitungan tidak berubah (tetap). Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal sebesar 0,5 atau lebih, maka angka terakhir dari hasil perhitungan ditambah 1 (satu) rupiah penuh.
 - (d). Gaji atau upah yang dijadikan dasar perhitungan pembayaran iuran merupakan penjumlahan dari komponen-komponen sebagai berikut:
 - i. Gaji atau upah pokok;
 - ii. Tunjangan keluarga;
 - iii. Tunjangan jabatan atau tunjangan umum;
 - iv. Tunjangan profesi, dan
 - v. Tunjangan kinerja (PNS Pusat) atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah.
 - (e). Kewajiban dalam membayar iuran Peserta PPU yang menerima penghasilan dari Penyelenggara Negara dilaksanakan oleh:
 - i. Pemerintah Pusat untuk iuran bagi Pekerja yang menerima gaji/upah pada instansi pusat.
 - ii. Pemerintah Daerah untuk iuran bagi Pekerja yang menerima gaji/upah pada instansi daerah.

b). Kepala Desa dan Perangkat Desa

Iuran bagi Kepala Desa dan Perangkat Desa dihitung sebesar 5% dari Gaji atau Upah per bulan, dan dibayar dengan ketentuan:

- (1). 4% dibayar oleh Pemberi Kerja;
- (2). 1% dibayar oleh Peserta; dan
- (3). Formulasi perhitungan adalah sebagai berikut:
 - (a). Iuran dihitung masing-masing untuk prosentase 1% dan 4%.
 - (b). Prosentase iuran (1% atau 4%) dikali Dasar Perhitungan Iuran.
 - (c). Hasil perhitungan iuran dinyatakan dalam bilangan bulat. Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal kurang dari 0,5, maka angka terakhir dari hasil perhitungan tidak berubah (tetap). Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal sebesar 0,5 atau lebih, maka angka terakhir dari hasil perhitungan ditambah 1 (satu) rupiah penuh.
 - (d). Gaji atau upah yang dijadikan dasar pengenaan perhitungan iuran untuk Kepala Desa dan Perangkat Desa adalah penghasilan tetap. Terhitung mulai tanggal 1 Januari 2020 ditetapkan batas paling tinggi gaji/upah sebagai dasar perhitungan iuran sebesar Rp.12.000.000,00 (dua belas juta rupiah) per pegawai per bulan, dan paling sedikit ditetapkan sebesar penghasilan tetap sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2019 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa. Terhitung mulai tanggal 1 Juni 2020 batas paling rendah gaji/upah untuk dijadikan dasar perhitungan iuran Kepala Desa dan Perangkat Desa ditetapkan paling sedikit sebesar Upah Minimum Kota/Kabupaten atau Upah Minimum

Provinsi dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan Upah Minimum Kota/Kabupaten.

- c). Pekerja/pegawai yang tidak termasuk Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Prajurit, Anggota Polri, Kepala Desa dan Perangkat Desa, serta Pegawai Swasta yang menerima Gaji atau Upah (Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri/PPNPN).

Bagi PPNPN berlaku ketentuan pembayaran iuran dengan perhitungan 5% dari penghasilan tetap bulanan dengan ketentuan sebagai berikut:

- (1). 4% dibayar oleh Pemberi Kerja (Pemerintah Pusat/Daerah);
- (2). 1% dibayar oleh Peserta melalui Bendaharawan;
- (3). Formulasi perhitungan adalah sebagai berikut:
 - (a). Iuran dihitung masing-masing untuk prosentase 1% dan 4%.
 - (b). Prosentase iuran (1% atau 4%) dikalikan dengan Dasar Perhitungan iuran.
 - (c). Hasil perhitungan iuran dinyatakan dalam bilangan bulat. Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal kurang dari 0,5, maka angka terakhir dari hasil perhitungan tidak berubah (tetap). Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal sebesar 0,5 atau lebih, maka angka terakhir dari hasil perhitungan ditambah 1 (satu) rupiah penuh.
- (4). Terhitung mulai tanggal 1 Januari 2020, Gaji atau Upah yang dijadikan dasar pengenaan perhitungan iuran peserta dari unsur PPNPN ditetapkan sebesar penghasilan tetap dengan ketentuan sebagai berikut:
 - (a). Penghasilan tetap adalah penghasilan setiap bulan sebagaimana ditetapkan sebagai dasar perhitungan potongan iuran jaminan kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan, terdiri dari gaji/upah pokok dan tunjangan tetap.

- (b). Tunjangan tetap merupakan tunjangan yang dibayarkan kepada pekerja tanpa memperhitungkan kehadiran pekerja.
- (c). Batas paling tinggi penghasilan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran jaminan kesehatan adalah sebesar Rp12.000.000,00
- (d). Batas paling rendah penghasilan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran jaminan kesehatan adalah sebesar upah minimum kabupaten/kota dimana satker berada.
- (e). Dalam hal pemerintah kabupaten/kota tidak menetapkan besaran upah minimum kabupaten/kota, dasar perhitungan potongan iuran jaminan kesehatan berdasarkan upah minimum provinsi.
- (f). Dalam hal terdapat penghasilan PPNP yang baru pertama kali dibayarkan untuk beberapa bulan sekaligus, potongan iuran jaminan kesehatan pertama kali dikenakan terhadap penghasilan 1 (satu) bulan terakhir.
- (g). Dalam hal ketentuan mengenai gaji dan tunjangan PPNP telah ditetapkan, tata pemotongan iuran jaminan kesehatan bagi PPNP mengikuti peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2). PPU dari Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara

PPU dari Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara merupakan Pegawai Swasta sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, yang terdiri dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), BUMD dan Badan Usaha Milik Swasta (BUMS).

- a). Iuran bagi PPU dari Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara ditetapkan sebesar 5% dari Gaji atau Upah pokok dan tunjangan tetap (tunjangan yang dibayarkan kepada Pekerja tanpa memperhitungkan kehadiran Pekerja) per bulan dengan ketentuan:

- (1). 4% dibayar oleh Pemberi Kerja.

- (2). 1% dibayar oleh Peserta.
- (3). Formulasi perhitungan adalah sebagai berikut:
 - (a). Iuran dihitung langsung 5%.
 - (b). Tarif prosentase iuran (5%) dikali Dasar Perhitungan Iuran.
 - (c). Hasil perhitungan iuran dinyatakan dalam bilangan bulat.
 - (d). Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal kurang dari 0,5, maka angka terakhir dari hasil perhitungan tidak berubah (tetap). Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal sebesar 0,5 atau lebih, maka angka terakhir dari hasil perhitungan ditambah 1 (satu) rupiah penuh.
- (4). Terhitung mulai tanggal 1 Januari 2020, dasar perhitungan iuran bagi Pekerja pada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara / pegawai swasta adalah sebagai berikut:
 - (a). batas paling tinggi gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah).
 - (b). batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi Pegawai Swasta yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota.
 - (c). Dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum kabupaten/kota, maka yang menjadi dasar perhitungan besaran iuran bagi Pegawai Swasta yaitu sebesar upah minimum provinsi.
 - (d). Ketentuan batas paling rendah sebagaimana dimaksud pada angka 4 tidak berlaku bagi Pemberi Kerja yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayarkan gaji atau upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.

- c. Peserta PPU dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain (anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua) yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran.

Ketentuan mengenai penambahan anggota keluarga lain adalah sebagai berikut:

- 1). Besaran iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga yang lain adalah sebesar 1% dari dasar perhitungan iuran Peserta PPU per orang per bulan.
- 2). Pembayaran iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga lain diawali dengan pemberian surat kuasa dari pekerja kepada pemberi kerja untuk melakukan pemotongan tambahan iuran dan menyetorkan kepada BPJS Kesehatan bersamaan dengan iuran pekerja lainnya.

5. Peserta BP

- a. Peserta BP terdiri dari:

- 1). BP yang dibayarkan iurannya oleh Penyelenggara Negara, terdiri atas:
 - a). Penerima Pensiun PPU Penyelenggara Negara;
 - b). Veteran;
 - c). Perintis Kemerdekaan; dan
 - d). Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran dan Perintis Kemerdekaan.
- 2). BP yang membayar iuran secara mandiri atau dibayarkan iurannya oleh Selain Penyelenggara Negara, terdiri atas:
 - a). Investor;
 - b). Pemberi Kerja;
 - c). BP yang tidak termasuk angka 1) yang mampu membayar iuran.

- b. Iuran bagi Peserta BP dibayarkan dengan besaran pengenaan sebagai berikut:

- 1). Bagi BP yang dibayarkan iurannya oleh Penyelenggara Negara:
 - a). Bagi BP yang dibayarkan iurannya oleh Penyelenggara Negara ditetapkan bahwa iuran jaminan kesehatan yang harus dibayarkan kepada BPJS Kesehatan adalah sebesar 5% dengan ketentuan sebagai berikut:

(1). Penerima Pensiun.

Iuran bagi pensiun sebesar 5% dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga yang diterima per bulan. Iuran dibayar oleh Pemerintah Pusat dan penerima pensiun dengan aturan sebagai berikut:

- (a). 3% dibayar oleh Pemerintah Pusat;
- (b). 2% dibayar oleh Penerima Pensiun; dan
- (c). Formulasi perhitungan adalah sebagai berikut:
 - i. Iuran dihitung masing-masing untuk prosentase 3% dan 2%.
 - ii. Prosentase iuran (3% atau 2%) dikalikan dengan Dasar Perhitungan Iuran.
 - iii. Hasil perhitungan iuran dinyatakan dalam bilangan bulat. Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal kurang dari 0,5, maka angka terakhir dari hasil perhitungan tidak berubah (tetap). Dalam hal perhitungan menghasilkan angka desimal sebesar 0,5 atau lebih, maka angka terakhir dari hasil perhitungan ditambah 1 (satu) rupiah penuh.

(2). Veteran, Perintis Kemerdekaan, serta janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan. Iuran bagi peserta segmen ini yaitu sebesar 5% dari 45% Gaji Pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah Pusat.

2). Bagi BP yang membayar iuran secara mandiri atau dibayarkan iurannya oleh selain Penyelenggara Negara berlaku ketentuan mengenai besaran iuran yang sama dengan Peserta PBPU, yang diatur pada angka 3.

B. Besaran Iuran Bayi Baru Lahir

Iuran bagi bayi baru lahir dari peserta JKN dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta pada saat mendaftar, paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Besaran iuran untuk bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Untuk bayi baru lahir dari ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI JK secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI JK, dan mulai diperhitungkan kewajiban pembayaran iurannya sejak bulan kelahirannya dan dikenakan iuran dengan besaran iuran per jiwa sesuai regulasi yang berlaku.
2. Untuk bayi baru lahir dari ibu kandung yang telah didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai peserta Jaminan Kesehatan, dikenakan besaran iuran per jiwa sesuai regulasi yang berlaku, dengan ketentuan kepesertaan mengacu pada kesepakatan Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan yang dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama.
3. Untuk bayi baru lahir dari orang tua yang merupakan PPU dikenakan iuran dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Atas pendaftaran bayi baru lahir yang merupakan anak ke-1 sampai dengan ke-3 tidak dikenakan tambahan iuran.
 - b. Atas pendaftaran bayi baru lahir yang merupakan anak ke-4 dan seterusnya dikategorikan sebagai anggota keluarga yang lain dan dikenakan besaran iuran per jiwa 1% dari gaji/upah *take home pay* yang menjadi dasar perhitungan iuran Peserta dengan hak perawatan sama dengan kelas perawatan Peserta.
 - c. Apabila Pemberi Kerja tidak bersedia melakukan pemotongan dan penyetoran tambahan iuran 1%, maka bagi bayi baru lahir yang merupakan anak keempat dan seterusnya dapat didaftarkan sebagai Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah, dengan besaran iuran sesuai dengan kelas perawatan yang dipilih.
4. Untuk bayi baru lahir yang orang tuanya PBPU dan BP selain penyelenggara negara dikenakan iuran dengan nominal sesuai dengan kelas perawatan yang dipilih.

C. Besaran Iuran Peserta yang Mengalami Pemutusan Hubungan Kerja

Peserta PPU yang mengalami PHK tetap memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di PHK, tanpa membayar iuran, dengan syarat dan ketentuan berlaku sesuai regulasi.

BAB IV

MEKANISME PENGELOLAAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

Mekanisme pengelolaan iuran mencakup aktivitas sebagai berikut:

- A. Koordinasi Penganggaran iuran;
- B. Tata Cara Perhitungan Tagihan iuran;
- C. Tata Cara Penagihan iuran;
- D. Tata Cara Pembayaran iuran; dan
- E. Tata Cara Penerimaan iuran.

A. Tata Cara Koordinasi Penganggaran iuran

Dalam rangka memastikan ketersediaan anggaran dana iuran jaminan kesehatan bagi Peserta Penyelenggara Negara sebagai pembayar iuran Peserta PPU Penyelenggara Negara, PBI JK dan Peserta yang Didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, maka perlu dilakukan koordinasi penganggaran dengan instansi terkait. Berikut ini adalah mekanisme koordinasi penganggaran yang harus dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan dalam memastikan dana iuran jaminan kesehatan dianggarkan dengan jumlah yang cukup dan mekanisme yang sesuai dengan ketentuan.

1. PBI JK

- a. Sejalan dengan proses penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen iuran atau unit kerja yang melaksanakan fungsi manajemen iuran berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk memastikan penganggaran iuran PBI JK untuk tahun anggaran berikutnya. Sebagai hasil dari koordinasi BPJS Kesehatan akan mendapatkan Salinan DIPA tahun anggaran berikutnya.
- b. Berdasarkan hasil koordinasi tersebut BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen iuran membuat perhitungan anggaran penerimaan iuran PBI JK tahun berikutnya sesuai ketentuan yang berlaku.

2. PBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah

- a. Paling lambat akhir bulan Juli, Kantor Cabang BPJS Kesehatan selanjutnya disebut KC menyampaikan surat konfirmasi penganggaran iuran jaminan kesehatan PBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah kepada Pemerintah Daerah c.q. BPKAD atau satuan kerja lain yang menjalankan fungsi pengelolaan keuangan daerah, untuk memastikan pengajuan anggaran iuran Pemerintah Daerah untuk tahun berikutnya telah dianggarkan pada Rancangan Kebijakan Umum APBD (KUA) serta Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) yang akan dibahas antara Pemerintah Daerah dengan DPRD pengajuan anggaran iuran jaminan kesehatan tersebut untuk tahun berikutnya.
- b. Paling lambat akhir bulan September KC melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendapatkan informasi pengajuan anggaran iuran jaminan kesehatan PBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah telah masuk pada rancangan Peraturan Daerah tentang APBD.
- c. Paling lambat akhir Desember, KC melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendapatkan penetapan Peraturan Daerah tentang APBD dan Perkada tentang Penjabaran APBD sesuai dengan hasil evaluasi dari Kementerian Dalam Negeri.
- d. Paling lambat akhir Desember, KC melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendapatkan penetapan Peraturan Daerah tentang APBD dan Peraturan Kepala Daerah tentang Penjabaran APBD sesuai dengan hasil evaluasi dari Kementerian Dalam Negeri.
- e. Paling lambat akhir Januari tahun berkenaan KC meminta salinan/fotokopi DPA SKPD sebagai bukti bahwa Pemerintah Daerah telah menyampaikan Peraturan Daerah tentang APBD dan Peraturan Kepala Daerah tentang Penjabaran APBD kepada Menteri Dalam Negeri/Gubernur.
- f. Dalam hal anggaran iuran jaminan kesehatan Pemerintah Daerah pada tahun berjalan tidak mencukupi, maka kekurangan penganggaran tersebut diusulkan untuk dianggarkan pada APBD Perubahan atau APBD tahun anggaran berikutnya dan atau mendorong Pemerintah Daerah menerbitkan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) sesuai ketentuan. Untuk memastikan

bahwa kekurangan dana iuran jaminan kesehatan telah diajukan oleh Pemerintah Daerah, KC dapat meminta bukti pengajuan anggaran tersebut.

- g. Berdasarkan hasil koordinasi tersebut KC melaksanakan penagihan iuran jaminan kesehatan dan melakukan monitoring pembayaran iuran yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah sesuai ketentuan yang berlaku.
- h. Ketentuan mengenai tata cara koordinasi penganggaran iuran jaminan kesehatan PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah berlaku juga dalam pelaksanaan koordinasi penganggaran kontribusi iuran dan bantuan iuran dengan perubahan-perubahan yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. PPU dan BP Penyelenggara Negara

- a. Kantor Pusat melakukan koordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk penganggaran dana iuran jaminan kesehatan yang dibayar oleh Pemerintah Pusat. Langkah-langkah yang dilakukan adalah:
 - 1). BPJS Kesehatan mengajukan kebutuhan dana Iuran Jaminan Kesehatan yang menjadi kewajiban Pemerintah kepada KPA BUN paling lambat minggu pertama bulan Januari untuk tahun berikutnya.
 - 2). Besaran kebutuhan dana yang diajukan terdiri atas:
 - a). Kebutuhan dana iuran jaminan kesehatan PNS, Prajurit, Anggota Polri, Penerima Pensiun, PPNPN dan Pejabat Negara (PPU Penyelenggara Negara);
 - b). Kebutuhan dana iuran jaminan kesehatan Veteran dan Perintis Kemerdekaan (BP Penyelenggara Negara); dan
 - c). Kebutuhan dana iuran jaminan kesehatan PPPK.
 - 3). Besaran kebutuhan dana iuran jaminan kesehatan untuk PPU Penyelenggara Negara (PNS, Prajurit, Anggota Polri, Penerima Pensiun, Pejabat Negara, dan PPPK) dihitung berdasarkan hal-hal berikut ini:
 - a). Proyeksi penghasilan yang terdiri dari gaji/pensiun pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja;
 - b). Proyeksi jumlah PNS, Prajurit, Anggota Polri, Penerima Pensiun, dan Pejabat Negara; dan

- c). Penetapan perhitungan iuran jaminan kesehatan yang meliputi komponen gaji/upah sebagai dasar perhitungan iuran, prosentase iuran, batas atas, batas bawah gaji dan hal-hal lain sesuai dengan ketentuan perundangan-undangan.
- 4). Besaran kebutuhan dana iuran jaminan kesehatan bagi BP Penyelenggara Negara (Veteran dan Perintis Kemerdekaan) dihitung berdasarkan:
 - a). Proyeksi penghasilan yang dihitung sebesar 45% dari gaji pokok PNS Golongan IIIA dengan masa kerja 14 tahun;
 - b). Proyeksi jumlah Veteran dan Perintis Kemerdekaan; dan
 - c). Besaran iuran jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.
- 5). Besaran kebutuhan dana iuran jaminan kesehatan bagi PPPK dihitung berdasarkan:
 - a). Proyeksi gaji/upah dan tunjangan tetap dengan memperhatikan batas atas dan batas bawah pembayaran iuran;
 - b). Perkiraan jumlah PPPK; dan
 - c). Besaran iuran jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan perundangan-undangan.
- 6). Pembahasan usulan alokasi anggaran iuran jaminan kesehatan Pemerintah Pusat yang telah diajukan pada bulan Januari untuk tahun berikutnya dilakukan paling lambat akhir bulan Juni sesuai dengan proses penganggaran APBN pada Direktorat Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan;
- 7). Paling lambat akhir bulan Oktober, BPJS Kesehatan berkoordinasi untuk melakukan penelaahan atas usulan alokasi iuran jaminan kesehatan Pemerintah Pusat yang telah dibahas pada bulan Juni untuk mengantisipasi adanya kemungkinan perubahan kebijakan pemerintah terkait penggajian PPU penyelenggara negara yang akan mempengaruhi besaran anggaran dana iuran jaminan kesehatan sesuai dengan mekanisme penganggaran APBN pada Direktorat Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan;
- 8). Paling lambat minggu akhir bulan Desember, pagu anggaran (Pagu DIPA) ditetapkan oleh Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran melakukan koordinasi dengan Kementerian

Keuangan untuk memperoleh Pagu DIPA Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Pusat sebagai landasan penagihan iuran pada tahun berikutnya; dan

- 9). Berdasarkan pagu DIPA tersebut, BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran melakukan penagihan iuran Pemerintah Pusat secara rutin setiap bulan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Keuangan.
- b. KC melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk penganggaran iuran jaminan kesehatan PPU Pemerintah Daerah. Langkah-langkah yang dilakukan adalah:
 - 1). Paling lambat akhir bulan Juli, KC menyampaikan surat konfirmasi penganggaran iuran wajib pemerintah daerah kepada Pemerintah Daerah c.q. BPKAD atau satuan kerja yang melaksanakan fungsi keuangan daerah untuk memastikan pengajuan anggaran iuran Wajib Pemerintah Daerah untuk tahun berikutnya telah dianggarkan pada Rancangan Kebijakan Umum APBD (KUA) serta Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) yang akan dibahas antara Pemerintah Daerah dengan DPRD.
 - 2). Paling lambat akhir bulan September, KC melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendapatkan informasi pengajuan anggaran iuran wajib oleh Pemerintah Daerah telah masuk pada rancangan Peraturan Daerah tentang APBD.
 - 3). Paling lambat akhir Desember, KC melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendapatkan penetapan Peraturan Daerah tentang APBD dan Peraturan Kepala Daerah tentang Penjabaran APBD sesuai dengan hasil evaluasi dari Kementerian Dalam Negeri.
 - 4). Paling lambat akhir Januari tahun berkenaan, KC meminta salinan/Fotokopi DPA SKPD sebagai bukti bahwa Pemerintah Daerah telah menyampaikan Peraturan Daerah tentang APBD dan Perkada tentang Penjabaran APBD kepada Menteri Dalam Negeri/Gubernur;
 - 5). Dalam hal anggaran iuran jaminan kesehatan Pemerintah Daerah pada tahun berjalan tidak mencukupi, maka kekurangan penganggaran tersebut diusulkan untuk dianggarkan pada APBD Perubahan atau APBD tahun anggaran berikutnya dan/atau mendorong Pemerintah Daerah menerbitkan Perkada sesuai ketentuan. Untuk memastikan

bahwa kekurangan dana iuran jaminan kesehatan telah diajukan oleh Pemerintah Daerah, KC dapat meminta bukti pengajuan anggaran tersebut.

- 6). Berdasarkan hasil koordinasi tersebut KC melaksanakan penagihan iuran jaminan kesehatan dan melakukan monitoring pembayaran iuran yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah sesuai ketentuan yang berlaku.

B. Tata Cara Perhitungan Tagihan Iuran

Ketentuan mengenai tata cara perhitungan tagihan iuran jaminan kesehatan dilaksanakan sebagai berikut:

1. PBI JK

- a. Dalam melakukan perhitungan tagihan iuran, UKPF Manajemen Iuran berkoordinasi dengan UKPF Kepesertaan untuk mendapatkan data jumlah peserta yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya di FKTP sebagai dasar perhitungan tagihan iuran bulan berjalan;
- b. tagihan iuran untuk PBI JK dihitung secara kolektif memperhitungkan jumlah peserta yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya di FKTP dengan besaran iuran per jiwa per bulan;
- c. perhitungan tagihan iuran kepada Pemerintah Pusat c.q. Kementerian Kesehatan RI untuk PBI JK adalah sebagai berikut:

= Besaran iuran per orang per bulan x jumlah peserta PBI JK terdaftar yang dibayarkan kapitasinya di FKTP

- d. Perhitungan Tagihan Iuran Peserta PBI JK yang dibayarkan oleh Pemerintah Pusat mulai tahun 2021 dan seterusnya disesuaikan dengan kapasitas fiskal daerah, dengan rincian sebagai berikut :
 - 1). Untuk Provinsi dengan kapasitas fiskal sangat tinggi sebesar Rp39.800.00 per orang per bulan x jumlah Peserta PBI JK yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya pada bulan sebelumnya.
 - 2). Untuk Provinsi dengan kapasitas fiskal tinggi dan sedang sebesar Rp39.900.00 per orang per bulan x jumlah PBI JK yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya pada bulan sebelumnya.

- 3). Untuk Provinsi dengan kapasitas fiskal rendah dan sangat rendah sebesar Rp40.000.00 per orang per bulan x jumlah PBI JK yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya pada bulan sebelumnya.
- e. Bayi baru lahir dari ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI JK diperhitungkan kewajiban iurannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.
- f. Penghitungan tagihan Peserta PBI JK dilakukan secara otomatisasi sistem di Kantor Pusat.

2. PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah

- a. Dalam melakukan perhitungan iuran, Fungsi Penagihan Iuran KC berkoordinasi dengan Fungsi Kepesertaan dan Pelayanan Peserta untuk mendapatkan data jumlah peserta yang terdaftar sebagai dasar perhitungan tagihan iuran bulan berjalan;
- b. Iuran untuk PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dihitung secara kolektif dengan memperhitungkan jumlah peserta yang terdaftar dengan besaran iuran per jiwa;
- c. Perhitungan tagihan iuran kepada Pemerintah Daerah untuk PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dihitung mulai tanggal 1 Januari 2021 adalah sebagai berikut:

= Besaran iuran per orang per bulan x jumlah peserta terdaftar

= Rp35.000,00 per orang per bulan x jumlah peserta terdaftar

- d. Perlakuan penambahan peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:
 - 1). Bagi Pemerintah Daerah yang sudah melaksanakan *Universal Health Coverage* (UHC), dalam hal terjadi penambahan peserta setelah tanggal perhitungan iuran maka perhitungan kewajiban pembayaran iuran berlaku sejak status kepesertaan aktif dan akan ditagihkan bersama tagihan iuran pada bulan berikutnya; dan

- 2). Bagi Pemerintah Daerah yang belum atau telah melaksanakan UHC, penambahan peserta yang terjadi setelah tanggal perhitungan iuran didaftarkan untuk bulan berikutnya, sehingga perhitungan tagihan iuran baru akan dilaksanakan untuk tagihan iuran pada bulan berikutnya.

e. Bayi baru lahir dari PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah tidak otomatis menjadi peserta Jaminan Kesehatan, namun mengacu kepada Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan.

- 1). Bagi Pemerintah Daerah yang sudah melaksanakan UHC, bayi baru lahir mulai diperhitungkan kewajiban iurannya sejak dilahirkan;
- 2). Bagi Pemerintah Daerah yang belum melaksanakan UHC, bayi baru lahir mulai diperhitungkan iurannya sebagai PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah apabila masih memenuhi kuota yang ditetapkan, atau didaftarkan secara mandiri sebagai peserta PBPU;
- 3). Iuran atas bayi baru lahir setelah tanggal perhitungan iuran yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yang sudah melaksanakan UHC, ditagihkan bersama dengan tagihan iuran bulan berikutnya setelah dilakukan rekonsiliasi data peserta dan iuran; dan
- 4). Iuran atas bayi baru lahir setelah tanggal perhitungan iuran yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yang belum atau telah melaksanakan UHC, ditagihkan bersamaan dengan tagihan iuran pada bulan berikutnya.

3. PPU

a. Penyelenggara Negara

- 1). Besaran iuran untuk pekerja penyelenggara negara yaitu sebesar 5% dari gaji atau upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah, dan berlaku sebagai iuran untuk Pekerja dan paling banyak 4 (empat) orang anggota keluarga, dan dibayar dengan ketentuan:
 - a). 4% dibayar oleh Pemberi Kerja (Iuran Wajib Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah); dan
 - b). 1% dibayar oleh Peserta (Iuran Wajib Peserta)

- 2). Kewajiban dalam membayar iuran dilaksanakan oleh:
- a). Pemerintah Pusat untuk iuran bagi Pejabat Negara, PNS Pusat, Prajurit, Anggota Polri, dan Pekerja/pegawai yang tidak termasuk kategori tersebut yang menerima gaji/upah pada instansi pusat; dan
 - b). Pemerintah Daerah untuk iuran bagi kepala daerah dan wakil kepala daerah, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS daerah, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai yang tidak termasuk kategori tersebut yang menerima gaji/upah pada instansi daerah.
- 3). Iuran PPU Penyelenggara Negara dihitung dengan formula sebagai berikut:

Besaran iuran x (jumlah gaji/upah pokok+tunjangan keluarga+tunjangan jabatan atau tunjangan umum+tunjangan profesi+tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah) x jumlah pekerja.

Perhitungan iuran PPU Penyelenggara Negara dilaksanakan 2 (dua) kali, dengan perhitungan masing-masing sebagai berikut:

- a). Iuran Wajib Peserta dihitung per peserta dan ditagihkan secara kolektif dengan perhitungan:

$$\Sigma (1\% \times (\text{gaji pokok} + \text{tunjangan keluarga} + \text{tunjangan jabatan atau tunjangan umum} + \text{tunjangan profesi} + \text{tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah}))$$

- b). Iuran Wajib Pemerintah Pusat/Daerah dihitung per peserta dan ditagihkan secara kolektif dengan perhitungan:

$$\Sigma (4\% \times (\text{gaji pokok} + \text{tunjangan keluarga} + \text{tunjangan jabatan atau tunjangan umum} + \text{tunjangan profesi} + \text{tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah}))$$

- 4). Iuran bagi bayi baru lahir dari orang tua Peserta PPU Penyelenggara Negara diperhitungkan tagihannya melalui Pemberi Kerja pada saat mendaftar paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan. Perhitungan iuran untuk bayi baru lahir dari orang tua PPU Penyelenggara Negara dilaksanakan sebagai berikut:

- a). Atas pendaftaran bayi baru lahir yang merupakan anak ke-1 sampai dengan ke-3 tidak dikenakan tambahan iuran, karena iuran yang sudah dibebankan kepada orang tuanya sudah mencakup iuran untuk Peserta dan anggota keluarga paling banyak 5 (lima) orang; dan
- b). Atas pendaftaran bayi baru lahir yang merupakan anak ke-4 dan seterusnya dikategorikan sebagai Anggota Keluarga Lain dikenakan kewajiban membayar iuran sebesar 1% dari gaji atau upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS daerah.

b. Kepala Desa dan Perangkat Desa

- 1). Iuran bagi Kepala Desa dan perangkat desa serta pekerja/pegawai lain dihitung sebesar 5% dari penghasilan tetap per bulan untuk Pekerja dan paling banyak 4 (empat) anggota keluarga, dan dibayar dengan ketentuan:
 - a). 4% dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b). 1% dibayar oleh Peserta.
- 2). Iuran jaminan kesehatan Kepala Desa dan Perangkat Desa dipungut dan dibayarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sebagai Pemberi Kerja langsung kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan atau pada hari kerja berikutnya apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur atau hari yang diliburkan secara nasional.
- 3). Dalam perhitungan tagihan iuran bagi Kepala Desa dan Perangkat Desa berlaku ketentuan batas paling tinggi dan batas paling rendah penghasilan sebagai berikut:
 - a). Batas paling tinggi gaji/upah per bulan yang diperhitungkan dalam perhitungan tagihan iuran adalah Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah)
 - b). Batas paling rendah penghasilan yang diperhitungkan dalam tagihan iuran didasarkan pada UMK, atau UMP apabila tidak ada penetapan UMK.

- 4). Dalam hal penghasilan tetap Kepala desa dan Perangkat Desa melebihi jumlah Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah) maka iuran yang harus dibayarkan oleh setiap Peserta beserta anggota keluarganya adalah maksimal sebesar:

Total	: 5% x Rp12.000.000 = Rp600.000
Dibayar oleh Pemberi Kerja	: 4% x Rp12.000.000 = Rp480.000
Dibayar oleh Pekerja	: 1% x Rp12.000.000 = Rp120.000

- 5). Dalam hal penghasilan tetap Kepala desa dan Perangkat Desa kurang dari jumlah UMK atau UMP apabila tidak ada penetapan UMK, maka iuran yang harus dibayarkan oleh setiap Peserta untuk diri dan anggota keluarganya adalah minimal sebesar:

Total	: 5% x UMK atau UMP
Dibayar oleh Pemberi Kerja	: 4% x UMK atau UMP
Dibayar oleh Pekerja	: 1% x UMK atau UMP

- 6). Tagihan iuran bagi Kepala Desa dan Perangkat Desa disampaikan oleh BPJS Kesehatan secara kolektif kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui sistem elektronik yang disediakan oleh BPJS Kesehatan (Aplikasi e-dabu KP Desa), *e-mail blast*, dan dalam hal Pemerintah Daerah membutuhkan surat tagihan dalam bentuk tertulis, BPJS Kesehatan menyampaikan surat tagihan secara manual.

c. Pekerja selain Penyelenggara Negara (Pegawai Swasta)

- 1). Iuran bagi Pekerja selain Penyelenggara Negara (Pegawai Swasta) yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah pokok dan tunjangan tetap (tunjangan yang dibayarkan kepada Pekerja tanpa memperhitungkan kehadiran Pekerja) per bulan dengan ketentuan:
 - a). 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b). 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
- 2). Dalam perhitungan besaran iuran bagi Pegawai Swasta berlaku ketentuan batas paling rendah dan batas paling tinggi penghasilan.
 - a). Batas paling rendah gaji/upah yang diperhitungkan dalam perhitungan tagihan iuran didasarkan pada UMK, atau UMP apabila tidak ada penetapan UMK;

- b). Batas paling tinggi penghasilan yang diperhitungkan dalam perhitungan tagihan iuran adalah Rp12.000.000,00. (dua belas juta rupiah); dan
- c). Ketentuan batas paling rendah tidak berlaku bagi Pemberi Kerja yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayarkan Gaji atau Upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.
- 3). Jika penghasilan tetap Pegawai Swasta melebihi jumlah Rp12.000.000,00, (dua belas juta rupiah) maka iuran yang harus dibayarkan oleh setiap Peserta beserta anggota keluarganya adalah maksimal sebesar:

Total	: 5% x Rp12.000.000 = Rp600.000
Dibayar oleh Pemberi Kerja	: 4% x Rp12.000.000 = Rp480.000
Dibayar oleh Pekerja	: 1% x Rp12.000.000 = Rp120.000

- 4). Jika penghasilan tetap Pegawai Swasta kurang dari jumlah UMK atau UMP apabila tidak ada penetapan UMK, maka iuran yang harus dibayarkan oleh setiap Peserta beserta anggota keluarganya adalah minimal sebesar:

Total	: 5% x UMK atau UMP
Dibayar oleh Pemberi Kerja	: 4% x UMK atau UMP
Dibayar oleh Pekerja	: 1% x UMK atau UMP

- 5). Perhitungan tagihan iuran untuk Pegawai Swasta dibuat secara kolektif per Badan Usaha melalui sistem BPJS Kesehatan berdasarkan perhitungan jumlah peserta pada akhir bulan sebelumnya.
- 6). Pendaftaran peserta yang dilakukan setelah tanggal perhitungan iuran, diperhitungkan pada tagihan iuran bulan berikutnya.
- 7). Iuran bagi bayi baru lahir dari orang tua Peserta Pegawai Swasta diperhitungkan tagihannya melalui Pemberi Kerja pada saat mendaftar paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan. Perhitungan iuran untuk bayi baru lahir dari orang tua Pegawai Swasta dilaksanakan sebagai berikut:

- a). Atas pendaftaran bayi baru lahir yang merupakan anak ke-1 sampai dengan ke-3 tidak dikenakan tambahan iuran, karena iuran yang sudah dibebankan kepada orang tuanya sudah mencakup iuran untuk Peserta dan anggota keluarga paling banyak 5 (lima) orang.
 - b). Atas pendaftaran bayi baru lahir yang merupakan anak ke-4 dan seterusnya dikategorikan sebagai Anggota Keluarga Lain dikenakan kewajiban membayar iuran sebesar 1% dari gaji pokok dan tunjangan tetap (tunjangan yang dibayarkan kepada Pekerja tanpa memperhitungkan kehadiran Pekerja) sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan.
- d. Pekerja/Pegawai Penerima Upah yang Tidak Termasuk Kategori PNS, Pejabat Negara, Prajurit, Polri, Pimpinan dan Anggota DPR / DPRD, Kepala Desa dan Perangkat Desa
 - 1). Iuran Jaminan kesehatan bagi Pekerja/Pegawai Penerima Upah yang Tidak Termasuk Kategori PNS, Pejabat Negara, Prajurit, Polri, Pimpinan dan Anggota DPR/DPRD, Kepala Desa dan Perangkat Desa diperhitungkan dengan tarif 5% dari penghasilan tetap bulanan, dan dibayarkan sebagai berikut:
 - a). 1% dibayar oleh Pekerja melalui Bendaharawan; dan
 - b). 4% dibayar oleh Pemerintah Pusat/Pemerintah Daerah/Satker BLU selaku Pemberi Kerja.
 - 2). Dalam perhitungan tagihan iuran peserta Pekerja/Pegawai Penerima Upah yang Tidak Termasuk Kategori PNS, Pejabat Negara, Prajurit, Polri, Pimpinan dan Anggota DPR/DPRD, Kepala Desa dan Perangkat Desa berlaku ketentuan batas paling tinggi dan batas paling rendah penghasilan, yaitu:
 - a). Batas paling tinggi adalah Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah); dan
 - b). Batas paling rendah adalah UMK, atau UMP apabila tidak ditetapkan UMK.
- e. Anggota Keluarga Yang Lain

Peserta Pekerja Penerima Upah dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain (anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua) yang menjadi

tanggunggannya dengan penambahan iuran. Ketentuan mengenai penambahan anggota keluarga lain adalah sebagai berikut:

- 1). Besaran iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga yang lain dari PPU PN adalah sebesar 1% dari gaji atau upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS daerah.
- 2). Besaran iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga yang lain dari PPU selain PN adalah sebesar 1% dari gaji pokok dan tunjangan tetap (tunjangan yang dibayarkan kepada Pekerja tanpa memperhitungkan kehadiran Pekerja), sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan.
- 3). Pembayaran iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga lain diawali dengan pemberian surat kuasa dari pekerja kepada pemberi kerja untuk melakukan pemotongan tambahan iuran dan menyetorkan kepada BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan bersamaan dengan iuran pekerja lainnya.

4. PBP

a. Iuran bagi Peserta PBP yaitu sebesar:

- 1). Rp42.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III. Dengan pembagian pembebanan:
 - a). Sebesar Rp35.000,00 per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBP dan Peserta BP Selain Penyelenggara Negara atau pihak lain atas nama Peserta;
 - b). Sebesar Rp4.200,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai bantuan iuran; dan
 - c). Sebesar Rp2.800,00 per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Daerah sebagai bantuan iuran.
- 2). Rp100.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
- 3). Rp150.000,00 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

b. Perhitungan tagihan iuran dilakukan per jiwa dan ditagihkan secara kolektif per keluarga sesuai dengan yang tercantum dalam Kartu Keluarga melalui

Virtual Account keluarga berdasarkan perhitungan iuran oleh sistem pada akhir bulan.

- c. Tagihan iuran bayi baru lahir dari Peserta Jaminan Kesehatan diperhitungkan dan dibayarkan iurannya pada saat didaftarkan paling lambat 28 (dua puluh delapan) hari sejak hari dilahirkan dengan besaran iuran sesuai kelas perawatan yang dipilih oleh seluruh anggota keluarga dalam 1 (satu) Kartu Keluarga.
- d. Peserta dapat mendaftarkan anggota keluarga lain pada Kartu Keluarga yang berbeda dengan membayar iuran sesuai dengan kelas perawatan yang dipilih.
- e. Perhitungan tagihan iuran jaminan kesehatan peserta PBPU Kolektif dilakukan untuk sejumlah peserta yang tercantum pada PKS dengan tarif nominal iuran per jiwa dan ditagihkan melalui Virtual Account kolektif per PKS kepada Badan Hukum/Donatur Badan Hukum/Donatur Perorangan penanggungnya dengan jangka waktu sesuai yang tercantum dalam perjanjian kerja sama.
- f. Atas pendaftaran baru peserta PBPU Kolektif berlaku perhitungan tagihan iuran sebagai berikut:
 - 1). Pendaftaran paling lambat 2 (dua) hari kalender sebelum tanggal 1 (satu) bulan berikutnya tagihannya diperhitungkan pada tagihan tanggal 1 (satu) bulan berikutnya; dan
 - 2). Pendaftaran yang dilakukan pada tanggal terakhir bulan berjalan akan diperhitungkan pada tagihan iuran tanggal 1 (satu) pada 2 (dua) bulan berikutnya.

5. BP

Perhitungan iuran untuk BP dibedakan menjadi:

- a. Iuran untuk Peserta BP Penyelenggara Negara

Perhitungan iuran untuk Peserta BP Penyelenggara Negara dilaksanakan sebagai berikut:

- 1). Iuran Penerima Pensiun.
 - a). Iuran bagi pensiun diperhitungkan sebesar 5% dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga yang diterima per bulan, berlaku untuk satu keluarga sesuai ketentuan; dan

b). Iuran dibayar oleh Pemerintah Pusat dan penerima pensiun dengan ketentuan sebagai berikut:

(1). 3% dibayar oleh Pemerintah Pusat.

Pemerintah Pusat melalui Kementerian Keuangan memperhitungkan bagian iuran 3% dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga penerima pensiun yang menjadi kewajibannya, kemudian menyetorkan ke BPJS Kesehatan melalui mekanisme DIPA dengan Aplikasi SPAN.

(2). 2% dibayar oleh penerima pensiun.

PT. Taspen (Persero) dan PT Asabri (Persero) melakukan pemotongan dan pemungutan iuran jaminan kesehatan yang harus dibayar peserta, kemudian menyetorkan ke BPJS Kesehatan melalui Kas Negara dengan mekanisme PFK.

2). Iuran bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan yaitu sebesar 5% dari 45% Gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, berlaku untuk satu keluarga sesuai ketentuan. Iuran sebesar 5% dibayarkan semua oleh Pemerintah Pusat.

b. Iuran untuk Peserta BP Selain Penyelenggara Negara.

Perhitungan iuran untuk Peserta BP Selain Penyelenggara Negara dilaksanakan sama dengan perhitungan iuran untuk PBPU.

Dalam hal Peserta BP Selain Penyelenggara Negara didaftarkan secara kolektif, maka berlaku mekanisme dan perhitungan tagihan iuran jaminan kesehatan sebagaimana pada perhitungan iuran PBPU Kolektif.

6. Peserta ke Luar Negeri

- a. Peserta WNI yang tinggal di luar negeri sekurang-kurangnya selama 6 (enam) bulan berturut-turut dapat menghentikan tagihan iurannya sementara dengan menyampaikan laporan melalui kantor BPJS Kesehatan terdekat;
- b. Peserta membayarkan iuran sampai dengan bulan keberangkatan ke luar negeri;

- c. Dalam hal Peserta kembali ke Indonesia sebelum jangka waktu 6 (enam) bulan berturut-turut, Peserta wajib membayar seluruh tagihan luran sejak bulan keberangkatan;
- d. Pemberhentian tagihan luran sementara, dilakukan pada saat bulan keberangkatan Peserta ke luar negeri;
- e. Dalam hal Peserta tidak melakukan pelaporan, tagihan luran tetap diperhitungkan sebagai kewajiban Peserta;
- f. Ketentuan sebagaimana dimaksud pada butir a dikecualikan bagi Peserta PPU yang masih mendapatkan Gaji atau Upah di Indonesia;
- g. Peserta yang kembali ke Indonesia wajib melapor ke BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) bulan setelah kembali di Indonesia;
- h. Peserta yang telah kembali ke Indonesia wajib membayar luran sejak bulan kedatangan di Indonesia; dan
- i. Peserta yang tidak melapor sebagaimana dimaksud pada butir g dan/atau tidak membayar luran sebagaimana dimaksud pada butir h dikenakan sanksi sesuai dengan sanksi atas keterlambatan pembayaran luran.

C. Tata Cara Penagihan luran

1. PBI JK

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan mengajukan tagihan luran PBI JK kepada Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), yang dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan RI. Dalam rangka pencairan dana luran PBI JK berlaku ketentuan sebagai berikut:

- a. Sebelum melaksanakan penagihan, BPJS Kesehatan harus menyampaikan:
 - 1). Nama dan spesimen tanda tangan pejabat yang diberi kewenangan untuk dan atas nama BPJS Kesehatan mengajukan dan menandatangani dokumen tagihan dana luran PBI JK kepada KPA.
 - 2). Nomor rekening BPJS Kesehatan yang menampung pencairan dana luran PBI JK.
 - 3). Nama dan spesimen tanda tangan pejabat pengganti yang diberi kewenangan dalam hal terdapat perubahan pejabat yang diberi kewenangan.
- b. BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran menyampaikan Surat tagihan dana luran PBI JK kepada KPA pada Sekretariat Jenderal Kementerian

Kesehatan RI setiap bulan dengan lampiran sesuai format pada PMK nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran, yang terdiri dari:

- 1). Daftar perhitungan dana iuran PBI JK;
- 2). Daftar rekapitulasi peserta PBI JK yang terdaftar di FKTP dan dibayarkan kapitasinya oleh BPJS Kesehatan;
- 3). Kuitansi/tanda terima sesuai format Peraturan Menteri ini; dan
- 4). Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM) yang ditandatangani oleh pejabat BPJS Kesehatan;

Surat Tagihan Iuran PBI JK sekurang-kurangnya memuat nominal tagihan yang akan diajukan, Bank Persepsi, Nomor *Virtual Account*, Nama Rekening dan nomor DIPA Anggaran Pencairan Iuran PBI Jaminan Kesehatan dan ditandatangani oleh Direktur Keuangan dan Investasi dan Direktur Utama BPJS Kesehatan.

- c. Tagihan dana iuran PBI JK diajukan sebesar realisasi data peserta PBI JK yang terdaftar pada FKTP dan dibayarkan kapitasinya oleh BPJS Kesehatan.
- d. Surat tagihan dana iuran PBI JK diajukan paling lambat tanggal 4 (empat) setiap bulan atau pada hari kerja sebelumnya apabila tanggal 4 (empat) merupakan hari libur atau yang diliburkan.
- e. Dalam hal terjadi kesulitan likuiditas Dana Jaminan Sosial Kesehatan, BPJS Kesehatan dapat menyampaikan surat tagihan dana iuran PBI JK untuk paling banyak 3 (tiga) bulan ke depan dengan kelengkapan sebagai berikut:
 - 1). Daftar perhitungan dana iuran PBI JK;
 - 2). Daftar rekapitulasi peserta PBI JK yang terdaftar di FKTP dan dibayarkan kapitasinya oleh BPJS Kesehatan;
 - 3). Kuitansi/tanda terima;
 - 4). SPTJM yang ditandatangani oleh pejabat BPJS Kesehatan;
 - 5). Perencanaan kas selama 3 (tiga) bulan ke depan yang ditandatangani oleh Direktur yang membidangi keuangan BPJS Kesehatan dan diketahui oleh Direktur Utama BPJS Kesehatan; dan
 - 6). Salinan saldo rekening koran dana jaminan sosial kesehatan terakhir pada waktu pengajuan tagihan dana iuran PBI JK.

Kesulitan likuiditas dana jaminan sosial kesehatan merupakan kondisi di mana dalam perencanaan kas Dana Jaminan Sosial Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan ke depan diperkirakan akan terjadi saldo negatif paling singkat pada bulan kesatu dan/atau bulan kedua walaupun telah diberikan dana talangan dari BPJS Kesehatan.

- f. Surat tagihan dana luran PBI JK untuk 3 (tiga) bulan diajukan paling lambat tanggal 4 (empat) pada awal bulan pertama dari periode 3 (tiga) bulan pencairan dana luran PBI JK yang akan dimintakan atau pada hari kerja sebelumnya dalam hal tanggal 4 (empat) merupakan hari libur atau yang diliburkan.
- g. Surat tagihan dana luran PBI JK untuk 3 (tiga) bulan tidak dapat diajukan pada bulan Januari setiap tahunnya.
- h. Dalam hal BPJS Kesehatan masih mengalami kesulitan likuiditas dana jaminan sosial kesehatan setelah dilakukannya proses pembayaran dana luran PBI JK paling banyak 3 (tiga) bulan ke depan, BPJS Kesehatan dapat menyampaikan surat tagihan dana luran PBI JK untuk 1 (satu) bulan berikutnya sebelum berakhirnya periode 3 (tiga) bulan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1). Untuk mengajukan surat tagihan dana luran PBI JK sebelum berakhirnya periode 3 (tiga) bulan, paling lama 25 (dua puluh lima) hari kerja sebelum pencairan dana luran PBI JK, BPJS Kesehatan harus terlebih dahulu menyampaikan surat pemberitahuan kepada KPA dengan melampirkan perencanaan kas 3 (tiga) bulan ke depan, yang ditembuskan kepada:
 - a). Menteri Kesehatan selaku Pengguna Anggaran (PA);
 - b). Direktur Jenderal Perbendaharaan c.q. Direktur Pengelolaan Kas Negara, dan
 - c). Direktur Jenderal Anggaran c.q. Direktur Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.
 - 2). KPA menyampaikan surat pemberitahuan kepada Direktur Pengelolaan Kas Negara Direktorat Jenderal Perbendaharaan dan Direktur Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Direktorat Jenderal Anggaran dan melakukan penilaian terhadap usulan kebutuhan.

- 3). KPA berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan dalam melakukan penilaian terhadap usulan kebutuhan.
 - 4). Hasil penilaian dituangkan dalam berita acara hasil penilaian sesuai format paling lama 5 (lima) hari kerja setelah surat pemberitahuan diterima.
- i. Keterlambatan pencairan dana iuran PBI JK sebagai akibat dari keterlambatan pengajuan tagihan oleh BPJS Kesehatan merupakan tanggung jawab BPJS Kesehatan.

2. PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PBI APBD/Jaminan Kesehatan Daerah/Jamkesda)

Tata cara penagihan iuran kepada Pemerintah Daerah mengacu pada ketentuan dalam PKS yang telah disepakati antara BPJS Kesehatan KC dan Pemerintah Daerah dengan berdasarkan pada aturan perundangan yang berlaku. Untuk keberhasilan upaya penagihan perlu dilakukan koordinasi antara KC, Kedeputan Wilayah dan Kantor Pusat. Berikut ini adalah aktivitas yang perlu dilakukan dalam penagihan iuran PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:

a. KC

- 1). Memastikan tersedianya alokasi anggaran pembayaran iuran PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah;
- 2). Mengirimkan surat tagihan iuran bulan berjalan kepada Pemda paling lambat setiap tanggal 2 (dua) bulan berjalan atau hari kerja berikutnya apabila tanggal 2 merupakan hari libur atau hari yang diliburkan;
- 3). Melakukan monitoring pembayaran iuran setiap tanggal 1 (satu) sampai dengan 10 (sepuluh) bulan berjalan;
- 4). Melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendapatkan komitmen pembayaran dalam hal Pemerintah Daerah belum melakukan pembayaran iuran sampai dengan tanggal 10 setiap bulan;
- 5). Mengunjungi Pemerintah Daerah yang belum membayar dan membuat Berita Acara kunjungan setiap tanggal 20 (dua puluh) bulan berjalan

atau hari kerja berikutnya apabila tanggal 20 (dua puluh) merupakan hari libur atau hari yang diliburkan;

- 6). Melaporkan Berita Acara hasil kunjungan kepada kantor Kedeputian Wilayah paling lambat setiap tanggal 23 (dua puluh tiga) bulan berjalan;
- 7). Melakukan rekonsiliasi iuran PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah per triwulan sesuai dengan mekanisme yang telah disepakati dengan Pemerintah Daerah; dan
- 8). Melaporkan perkembangan pembayaran iuran PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah kepada Kantor Pusat melalui Kantor Kedeputian Wilayah secara bulanan setiap awal bulan.

b. Kedeputian Wilayah

- 1). Mengirimkan surat umpan balik kepada KC yang masih terdapat Pemda yang belum membayar iuran Penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah (PBI APBD) bulan sebelumnya setiap tanggal 2 (dua) bulan berjalan atau hari kerja berikutnya apabila tanggal 2 (dua) merupakan hari libur atau hari yang diliburkan;
- 2). Melakukan monitoring pengiriman laporan dari KC tentang pembayaran iuran pemda yang telah membayar dan yang belum membayar iuran setiap tanggal 5 (lima) bulan berjalan; dan
- 3). Melaporkan perkembangan pembayaran iuran PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah kepada Kantor Pusat secara bulanan setiap awal bulan.

c. Kantor Pusat

Mengirimkan umpan balik atas monitoring penerimaan iuran kepada Kedeputian Wilayah setiap bulan.

3. PPU

a. PPU Penyelenggara Negara ke Pemerintah Pusat

Penagihan iuran peserta jaminan kesehatan segmen PPU Penyelenggara Negara dilaksanakan dengan mengikuti mekanisme DIPA (Daftar Isian Pelaksana Anggaran) dan PFK (Perhitungan Pihak Ketiga) sebagai berikut:

1). Mekanisme DIPA untuk pembuatan Surat Tagihan DIPA dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:

a). Melakukan perhitungan kebutuhan iuran setiap bulannya berdasarkan data peserta per golongan:

- (1). Data Peserta diperoleh dari UKPF Kepesertaan paling lambat tanggal 15 (lima belas) setiap bulannya;
- (2). Jumlah iuran setiap segmen dihitung berdasarkan rata-rata Gaji atau Upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja PNS Pusat, TNI/POLRI yang berlaku setiap tahunnya;
- (3). Jumlah iuran jenis peserta pensiun dihitung berdasarkan pensiun pokok dan tunjangan keluarga;
- (4). Jumlah iuran segmen PPNN dan PPPK Pusat dihitung berdasarkan upah dan tunjangan tetap; dan
- (5). Data Veteran dan Perintis Kemerdekaan dihitung berdasarkan Gaji PNS Golongan IIIA masa kerja 14 (empat belas) tahun yaitu $Gaji \times 45\% \times 5\%$.

b). Membuat Surat Tagihan DIPA paling lambat tanggal 20 (dua puluh) setiap bulannya yang ditandatangani oleh Direktur Utama dan Direktur Keuangan dan Investasi dengan melampirkan:

- (1). Surat Pemberitahuan Pencairan Iuran DIPA;
- (2). Surat Tagihan Belanja yang ditujukan kepada KPA/Pejabat Pembuat Komitmen Kementerian Keuangan RI;
- (3). Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (2 lembar diberi materai);
- (4). SPKPBJ (Surat Pernyataan Kesanggupan Penyedia Barang dan Jasa);
- (5). Kuitansi Surat Tagihan DIPA (2 lembar di beri materai);

- (6). Perhitungan Pencairan Iuran Pemerintah Pusat untuk BPJS Kesehatan Kebutuhan Bulan XXXX 20XX (DIPA Nomor XXX.XX.X.XXXXXX/20XX) ditandatangani oleh pejabat UKPF Penagihan dan Keuangan Peserta PPU dan disetujui oleh Deputi Direksi Bidang Manajemen Iuran;
 - (7). Surat Tagihan dibuat 3 (tiga) rangkap, dengan rincian 1 (satu) rangkap tanpa materai untuk di arsip dan 2 (dua) rangkap diberi materai;
 - (8). Menyampaikan Surat Tagihan DIPA kepada KPA, Direktorat Sistem Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI;
 - (9). SLA pengiriman Surat Tagihan DIPA yaitu paling lambat tanggal 25 (dua puluh lima) setiap bulannya atau hari kerja berikutnya jika tanggal 25 jatuh pada hari libur atau yang diliburkan;
 - (10). Melakukan monitoring penerimaan DIPA setiap bulannya melalui rekening koran; dan
 - (11). Melakukan pencatatan penerimaan iuran.
- c). Penagihan iuran melalui DIPA dilaksanakan oleh Kantor Pusat kepada Kuasa Pengguna Anggaran yaitu Ditjen Perbendaharaan c.q. Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan pada setiap bulannya berdasarkan data peserta PNS Pusat per Golongan, penerima pensiun, Prajurit, Anggota Polri, Veteran dan Perintis Kemerdekaan dengan melampirkan:
- (1). Surat Pemberitahuan Pencairan Iuran DIPA;
 - (2). Surat Tagihan Belanja ditujukan kepada Kuasa Pengguna Anggaran/Pejabat Pembuat Komitmen Kementerian Keuangan RI;
 - (3). Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak;
 - (4). SPKPBJ; dan
 - (5). Kuitansi.

2). Mekanisme Perhitungan Pihak Ketiga (PFK)

Dana PFK adalah sejumlah dana yang diperoleh dari hasil pemotongan dan setoran gaji/penghasilan tetap bulanan pejabat negara, pegawai negeri sipil pusat/ pegawai negeri sipil daerah, Prajurit/Tentara Nasional

Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (Polri), pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dan sejumlah dana yang disetorkan oleh pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota sebagai pemberi kerja.

Tata cara penagihan luran Jaminan Kesehatan dengan mekanisme PFK dilaksanakan sebagai berikut:

- a). Pada setiap awal tahun atau dalam hal terdapat pergantian pejabat, BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran menyampaikan spesimen tanda tangan pejabat yang berwenang mengajukan tagihan kepada KPA;
- b). BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran memastikan penerimaan SKP PFK dari Direktorat Pengelolaan Kas Negara (PKN) 2 kali setiap bulan dengan *cut off* tanggal 1 dan tanggal 10. Surat Keputusan Pembayaran Dana PFK yang selanjutnya disingkat SKP-PFK adalah dokumen yang menjadi dasar pembayaran Dana PFK bulanan dan berlaku sebagai dokumen pelaksanaan anggaran;
- c). BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran membuat Surat Tagihan PFK berdasarkan SKP PFK dengan dilampiri kuitansi rangkap 3 (1 (satu) rangkap tanpa materai dan 2 (dua) rangkap diberi materai) ditandatangani oleh Direktur Utama BPJS Kesehatan (Lampiran);
- d). BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran menyampaikan Surat Tagihan kepada Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Direktorat Sistem Perbendaharaan (DSP), Kementerian Keuangan RI;
- e). SLA pengiriman Surat Tagihan PFK yaitu Paling lambat 3 (tiga) hari kerja sejak SKP PFK ditetapkan;
- f). UKPF Manajemen luran melakukan monitoring penerimaan PFK; dan
- g). UKPF Manajemen luran melakukan pencatatan *cash basis* setelah iuran diterima.

Penagihan iuran dilakukan oleh Kantor Pusat BPJS Kesehatan kepada KPA yaitu Ditjen Perbendaharaan c.q. Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan pada sebanyak 2 (dua) kali setiap bulan. Besarnya dana PFK dibayarkan berdasarkan data realisasi penerimaan PFK sampai dengan tanggal 1 (satu) dan tanggal 10 (sepuluh) bulan berkenaan. Pembayara iuran berdasarkan *cut off* tanggal 1 (satu) yaitu dari mulai dari tanggal 11 (sebelas) bulan sebelumnya sampai dengan tanggal 1 (satu) bulan berkenaan, sedangkan perhitungan *cut off* tanggal 10 (sepuluh) yaitu mulai tanggal 2 (dua) sampai dengan tanggal 10 (sepuluh) bulan berkenaan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan No. 212/PMK.05/2020 tentang Perubahan atas PMK No.156/PMK.05/2019 tentang Dana Perhitungan Fihak Ketiga. Penagihan PFK dengan melampirkan:

- a). Surat Tagihan PFK ditujukan kepada Kuasa Pengguna Anggaran/Pejabat Pembuat Komitmen Kementerian Keuangan RI; dan
- b). Kuitansi.

b. PPU Penyelenggara Negara ke Pemerintah Daerah

Tata cara penagihan iuran Jaminan Kesehatan PPU Penyelenggara Negara kepada Pemerintah Daerah dilaksanakan oleh KC sebagai berikut:

- 1). Setiap tanggal 1 atau awal bulan menyampaikan surat konfirmasi pembayaran iuran jaminan kesehatan kepada Pemda untuk Peserta Kepala Daerah, Wakil Kepala Daerah, Pimpinan DPRD, Anggota DPRD, PNS Daerah, PPPK dan PPNP Daerah.
- 2). Pada minggu pertama awal bulan melaksanakan koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk:
 - a). Mendorong Pemda agar segera melakukan penyetoran ke Kas Negara atas potongan 1% dari gaji Kepala Daerah, Wakil Kepala Daerah, Pimpinan DPRD, Anggota DPRD, PNS Daerah, PPPK dan PPNP Daerah sebelum tanggal 10.
 - b). Mendorong Pemda untuk dapat melakukan pembayaran IW Pemda sebesar 4% dari gaji Kepala Daerah, Wakil Kepala Daerah,

Pimpinan DPRD, Anggota DPRD, PNS Daerah, PPPK dan PPNPN Daerah sebelum tanggal 10.

- 3). Paling lambat sampai dengan tanggal 10 setiap bulan melakukan monitoring pembayaran potongan 1% gaji Kepala Daerah, Wakil Kepala Daerah, Pimpinan DPRD, Anggota DPRD, PNS Daerah, PPPK, PPNPN Daerah dan Iuran Pemerintah Daerah (4%) melalui aplikasi OMSPAN.
- 4). Apabila sampai dengan tanggal 10 iuran belum dibayarkan, menyampaikan surat untuk mengingatkan Pemda agar segera melakukan pembayaran iuran (reminder) serta melakukan koordinasi untuk memastikan iuran dapat segera dibayarkan, surat pengingat ditembuskan kepada Kepala Daerah dan Sekretaris Daerah.
- 5). Pada awal bulan berikutnya melakukan kunjungan ke Pemda dalam rangka penagihan iuran apabila sampai dengan akhir bulan sebelumnya Pemda belum melakukan pembayaran iuran. Kunjungan ke Pemda tersebut dilengkapi dengan Berita Acara kunjungan yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah.
- 6). Melakukan verifikasi Bukti Penerimaan Negara (BPN) untuk memastikan akurasi jumlah setoran, kode akun dan kode lokasi. Dalam hal terjadi kesalahan penulisan kode akun atau kode lokasi, Kantor Cabang bersurat kepada Pemda untuk melakukan koreksi atas kesalahan tersebut ke Kantor KPPN setempat dan memonitor serta memastikan data di OMSPAN telah dikoreksi.
- 7). Menyampaikan umpan balik realisasi penerimaan Iuran Wajib bulan sebelumnya yang telah diterima kepada Pemda yang terdiri dari IW PNS Daerah/Kepala Daerah/Ketua dan Anggota DPRD/IW Pemda dan PPNPN APBD. Dapat disampaikan umpan balik bersama realisasi penerimaan iuran Kepala Desa & Perangkat Desa, PBPUPemda, Kontribusi Iuran, Bantuan Iuran dan biaya kapitasi yang telah dibayarkan ditembuskan kepada: Sekretaris Daerah, Kadinkes, Kepala BPKAD dan Kepala DPMD.
- 8). Melakukan Rekonsiliasi IW Pemda untuk Kepala Daerah, Wakil Kepala Daerah, Pimpinan DPRD, Anggota DPRD, PNS Daerah dan PPNPN APBD setiap triwulan pada minggu pertama/dua bulan berikutnya. Khusus triwulan IV rekonsiliasi dilaksanakan pada bulan Desember.

c. Kepala Desa dan Perangkat Desa

Iuran Jaminan Kesehatan untuk kepala desa dan perangkat desa dipungut dan dibayarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sebagai pemberi kerja langsung kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

Tata cara penagihan iuran Jaminan Kesehatan untuk kepala desa dan perangkat desa dilaksanakan sebagai berikut:

- 1). KC agar berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk memperoleh alamat *e-mail* pengiriman tagihan dan nomor telepon dari personal yang akan menjadi penghubung dengan BPJS Kesehatan;
- 2). Kantor Pusat mengirimkan tagihan iuran Jaminan Kesehatan melalui sistem data elektronik yang disediakan oleh BPJS Kesehatan (Aplikasi *e-dabu* KP Desa), dan *e-mail blast* setiap awal bulan;
- 3). KC melakukan konfirmasi untuk memastikan bahwa tagihan iuran telah diterima melalui telepon/media komunikasi lainnya kepada pemerintah daerah (Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa (DPMD) atau satuan kerja yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang pemberdayaan masyarakat desa untuk konfirmasi iuran 4%, dan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) atau satuan kerja yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang pengelolaan keuangan daerah untuk konfirmasi iuran 1%). Dalam hal Pemerintah Daerah belum menerima tagihan atau memerlukan surat tagihan manual sebagai kelengkapan pembayaran iuran, maka Kantor Cabang dapat mengirimkan kembali tagihan secara manual; dan
- 4). Laporan pengiriman Surat Tagihan melalui *e-mail* tersebut dapat di akses pada sistem elektronik yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk kepentingan pelaporan aktivitas penagihan (Aplikasi *Business Intelligent* BPJS Kesehatan) oleh Kantor Pusat, Kedeputian Wilayah maupun KC BPJS Kesehatan.

d. Pegawai Swasta (Pekerja Penerima Upah Selain Penyelenggara Negara)

Penagihan iuran jaminan kesehatan Pegawai Swasta (Pekerja Penerima Upah Selain Penyelenggara Negara) dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

- 1). Kantor Pusat:
 - a). Mengirimkan tagihan melalui *e-mail blast* secara terpusat paling lambat pada tanggal 2 (dua) setiap bulannya berdasarkan database *e-mail* Badan Usaha; dan
 - b). Laporan pengiriman *e-mail blast* dapat dimonitor pada aplikasi *Business Intelligent* (BI) BPJS Kesehatan oleh Kantor Kedeputan Wilayah. Atas laporan tersebut, diharapkan KC dapat melakukan *updating* data *email* Badan Usaha secara berkala untuk meminimalisir kegagalan pengiriman Surat Tagihan (*Billing Statement*).
- 2). Kedeputan Wilayah:
 - a). Melakukan monitoring kegiatan pengumpulan iuran per Kantor Kedeputan Wilayah dan KC; dan
 - b). Memberikan umpan balik kepada KC dalam pengumpulan iuran Badan Usaha dan membantu merumuskan serta melaksanakan langkah-langkah penagihan iuran KC.
- 3). KC:
 - a). Melakukan monitoring status terkirimnya *e-mail* tagihan serta status pembayaran iuran sampai dengan tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan. Jika *e-mail* tidak diterima oleh Badan Usaha, maka KC melakukan pengiriman ulang *e-mail* tagihan (lampiran) melalui Kantor Cabang serta melakukan *update* data *e-mail* Badan Usaha ke bidang Pengawasan, Pemeriksaan dan Perluasan Peserta;
 - b). Melakukan monitoring status pembayaran iuran sampai dengan tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan;
 - c). Melakukan monitoring dan evaluasi atas Badan Usaha yang terlambat membayar iuran dan menunggak iuran; dan
 - d). Melakukan konfirmasi dan/atau mengunjungi badan usaha yang belum membayar dan memiliki tunggakan iuran.

e. Penagihan Iuran PPNPN

Penagihan iuran jaminan kesehatan PPNPN dilaksanakan kepada Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah yang terdiri dari iuran dari pegawai tidak tetap, pegawai honorer, staf khusus dan pegawai lain yang dibayarkan atas beban APBN atau APBD tidak termasuk pegawai honorer yang bersifat temporer dan dibiayai dari anggaran proyek dan pegawai honorer lainnya yang iuran jaminan kesehatannya tidak dipotong melalui SPMLS/SSBP.

1). PPNPN Pusat

Iuran jaminan Kesehatan PPNPN pusat disetorkan melalui mekanisme pembayaran langsung (SPM-LS) atau uang persediaan (UP) dengan ketentuan:

- a). Iuran 1% yang disetorkan melalui mekanisme pembayaran langsung (LS) dicantumkan dalam potongan Surat Perintah Membayar (SPM) pada saat pembayaran upah/gaji kepada PPNPN;
- b). Iuran yang disetorkan melalui mekanisme UP dipungut oleh bendahara pengeluaran sebesar 1% dan disetorkan ke kas negara melalui bank/pos persepsi menggunakan kode billing yang berlaku pada system penerimaan negara secara elektronik dengan kode MAP 811141;
- c). Iuran 4% yang menjadi beban pemberi kerja dibayarkan oleh Pemerintah Pusat secara terpusat di Kantor Pusat melalui mekanisme DIPA dengan memperhitungkan penerimaan PPNPN Pusat beban pekerja di seluruh Indonesia; dan
- d). Melakukan monitoring penerimaan iuran 1% PPNPN Pusat melalui aplikasi OMSPAN dan berkoordinasi dengan KPPN setempat untuk mendapatkan data pembayaran iuran yang dilakukan oleh satuan kerja.

2). PPNPN Daerah

Langkah-langkah penagihan iuran PPNPN Daerah sebagai berikut:

- a). Setiap awal bulan melakukan monitoring penerimaan iuran 1% dan 4% PPNPN Daerah pada aplikasi OMSPAN dan berkoordinasi dengan KPPN setempat untuk mendapatkan data pembayaran iuran yang dilakukan oleh satuan kerja;
- b). Apabila sampai dengan tanggal 10 iuran belum dibayarkan, menyampaikan surat untuk mengingatkan Pemda agar segera melakukan pembayaran iuran (*reminder*) serta melakukan koordinasi untuk memastikan iuran dapat segera dibayarkan;
- c). Menyampaikan umpan balik realisasi penerimaan iuran PPNPN Daerah bulan sebelumnya yang telah diterima kepada Pemda. Umpan balik dapat disampaikan bersama realisasi penerimaan iuran Kepala Desa & Perangkat Desa, PBPU Pemda, Kontribusi iuran, Bantuan iuran dan biaya kapitasi yang telah dibayarkan ditembuskan kepada: Sekretaris Daerah, Kadinkes, Kepala BPKAD dan Kepala DPMD; dan
- d). Melakukan Rekonsiliasi iuran PPNPN Daerah setiap triwulan, dalam hal terdapat kekurangan pembayaran iuran baik iuran 1% maupun 4% dilakukan penagihan kepada satuan kerja.

4. PBPU dan BP Selain Penyelenggara Negara

a. Tagihan iuran

Tagihan iuran PBPU dan BP bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga sebagaimana yang terdaftar pada Kartu Keluarga dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.

Metode penggabungan tagihan peserta PBPU dan BP adalah dengan menggabungkan masing-masing total tagihan peserta yang terdaftar pada Kartu Keluarga dan/atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga. Saldo iuran yang terdapat pada salah satu anggota keluarga tidak dapat dibagikan kepada anggota keluarga lainnya.

Dikecualikan bagi anggota keluarga yang sudah bekerja dan/atau menikah namun masih tercatat dalam satu Kartu Keluarga yang sama, dapat mengajukan pemisahan tagihan iuran berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Status aktivasi peserta PBPU baru menyesuaikan dengan ketentuan aktivasi peserta yang telah ada. Status aktivasi peserta PBPU yang telah menjadi peserta disesuaikan dengan status awal sebelum digabungkan.

b. Pengiriman Informasi Tagihan

- 1). Pengiriman informasi tagihan iuran Jaminan Kesehatan peserta PBPU dan BP selain Penyelenggara Negara dilakukan ke kanal pembayaran iuran dan Mobile JKN tanggal 1 (satu) setiap bulan;
- 2). Informasi tagihan iuran pada mobile JKN dapat diakses pada menu Premi;
- 3). Kantor Pusat menentukan moda penagihan iuran yang paling efektif dan efisien dalam pengiriman informasi tagihan kepada peserta (termasuk di dalamnya tunggakan, besaran iuran bulanan maupun besaran denda, bila ada); dan
- 4). Kedeputan Wilayah dan KC melakukan monitoring serta evaluasi terhadap efektivitas moda penagihan iuran yang dipilih untuk mengirimkan informasi tagihan kepada peserta.

c. Moda-moda Penagihan

Pengiriman informasi tagihan kepada peserta PBPU dan BP selain penyelenggara Negara dapat dilakukan melalui:

- 1). Media komunikasi seperti SMS/WA/Email/Surat;
- 2). *Telecollecting*/penagihan melalui telepon;
- 3). Agen Institusi atau program kerja sama kemitraan; dan
- 4). Kader JKN.

Penagihan melalui moda tersebut dilaksanakan sebagai berikut:

1). Penagihan melalui SMS/WA/Email

Komunikasi yang dilakukan melalui SMS/WA/E-mail merupakan salah satu bentuk pengingat/*reminder* pembayaran iuran. Pengiriman pesan *reminder* ini, dapat dilaksanakan oleh Kantor Pusat atau KC BPJS Kesehatan menggunakan aplikasi atau perangkat yang disediakan oleh perusahaan penyedia jasa SMS/WA/Email.

Pengiriman SMS/WA/Email dilakukan setiap awal bulan sebelum tanggal 10 sebagai bentuk pemenuhan kewajiban BPJS Kesehatan dalam hal penyampaian informasi tagihan kepada seluruh peserta BPJS Kesehatan baik yang memiliki tunggakan iuran maupun yang rutin membayar iuran.

Guna menjaga citra positif dan peningkatan kepercayaan masyarakat terhadap program JKN maka setiap proses pengiriman SMS/WA/Email harus diupayakan menggunakan *masking* nama pengirim (*Sender Id*) dengan nama BPJS Kesehatan atau BPJS KES.

Pemilihan moda penagihan melalui SMS/WA/E-mail dilakukan dengan memperhatikan efisiensi dan efektifitas biaya penagihan. Guna meningkatkan efektifitas dan efisiensi penagihan iuran cukup dilakukan satu kali pengiriman SMS/WA/E-mail untuk satu keluarga pada bulan yang sama. Dalam hal masih diperlukan upaya optimalisasi penagihan iuran maka proses pengiriman SMS/WA/E-mail dapat dilakukan secara berulang dengan terlebih dahulu mengajukan persetujuan ke pimpinan unit kerja masing-masing.

Evaluasi proses penagihan iuran melalui SMS/WA/E-mail dilakukan secara berkala oleh Kantor Pusat/Kedeputian Wilayah/KC dengan memperhatikan:

- 1). Jumlah SMS/WA/E-mail yang dikirimkan; dan
- 2). Status pengiriman SMS/WA/E-mail yang dikirimkan.

Moda penagihan melalui telekolektif, Agen institusi dan Kader JKN-KIS akan dijelaskan dalam Bab selanjutnya pada pedoman ini.

5. BP Penyelenggara Negara

Penagihan iuran jaminan kesehatan peserta BP Penyelenggara Negara dilakukan melalui mekanisme PFK dan DIPA oleh BPJS Kesehatan Kantor Pusat ke Kementerian Keuangan bersama-sama dengan penagihan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan Pemerintah Pusat lainnya.

Iuran 2% yang merupakan tanggungan peserta dibayarkan melalui PFK. Iuran 3% yang merupakan kewajiban Pemerintah Pusat dibayarkan melalui DIPA.

Peserta BP Penyelenggara Negara terdiri dari:

- a. Peserta BP dan Anggota keluarganya Khusus Penerima Pensiun PNS, Prajurit/Anggota Polri, dan Pejabat Negara; dan
- b. Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

Berikut ini adalah ketentuan dalam pelaksanaan penagihan kepada BP Penyelenggara Negara:

- a. Iuran peserta Pensiunan PNS dan Pejabat Negara adalah iuran yang dipotong dari gaji pensiun peserta pensiunan PNS dan Pejabat Negara oleh PT TASPEN (Persero) sebagai lembaga pembayar pensiun untuk Jaminan Kesehatan.
- b. Iuran Peserta Pensiunan TNI/Polri adalah iuran yang dipotong dari gaji pensiun peserta pensiunan TNI/Polri oleh PT ASABRI (Persero) sebagai lembaga pembayar pensiun untuk Jaminan Kesehatan.
- c. Langkah-langkah penagihan dan pencairan iuran dilakukan secara terpusat dengan uraian sebagai berikut:
 - 1). BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan PT TASPEN (Persero) dan PT ASABRI (Persero), serta Direktorat Sistem Perbendaharaan, Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI selaku Kuasa Pengguna Anggaran BPJS Kesehatan;
 - 2). Melakukan rekonsiliasi data iuran setiap triwulanan dengan PT TASPEN (Persero) dan PT ASABRI (Persero), yang hasilnya dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi;
 - 3). Melakukan penagihan iuran secara fisik ke Kementerian Keuangan Direktorat Jenderal Perbendaharaan UP. Direktur Sistem Perbendaharaan bersamaan dengan penagihan iuran PFK lainnya; dan
 - 4). Melakukan rekonsiliasi penerimaan atas pengembalian iuran PFK dengan Kementerian Keuangan RI c.q. Direktorat Pengelolaan Kas Negara.

6. PBPJ dan BP Kolektif

- a. Data tagihan iuran Jaminan Kesehatan peserta PBPJ dan BP Kolektif dikirimkan ke kanal pembayaran pada tanggal 1 (satu) setiap bulan.
- b. Penagihan iuran dilakukan dengan pengiriman surat tagihan melalui pos/e-mail kepada penanggung jawab pembayaran iuran dengan alamat sesuai

yang tercantum pada Perjanjian Kerja Sama untuk Badan Hukum/Donatur Badan Hukum/Donatur Perorangan yang menanggung lebih dari 10 (sepuluh) Kartu Keluarga, atau Surat Pernyataan Komitmen untuk Donatur Perorangan yang menanggung paling banyak 10 (sepuluh) Kartu Keluarga, paling lambat tanggal 2 (dua) setiap bulan atau hari kerja berikutnya apabila tanggal 2 (dua) jatuh pada hari libur atau hari yang diliburkan secara nasional.

- c. Penagihan iuran PBPU dan BP yang didaftarkan secara kolektif oleh Badan Hukum dilakukan paling sedikit untuk iuran 3 (tiga) bulan di awal (per triwulan), atau bulanan apabila Badan Hukum tidak dapat melakukan pembayaran 3 (tiga) bulan langsung di awal periode namun bersedia membayar melalui mekanisme *auto debit* (khusus untuk Lembaga Pendidikan), sesuai dengan PKS yang mengacu pada ketentuan Pedoman Perluasan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.
- d. Penagihan iuran untuk PBPU dan BP yang didaftarkan secara kolektif melalui Program Donasi Badan Hukum dilakukan untuk paling sedikit 6 (enam) bulan di awal periode (per semester).
- e. Penagihan iuran untuk PBPU dan BP yang didaftarkan secara kolektif melalui Program Donasi Perorangan dilakukan untuk paling sedikit 1 (satu) tahun di awal periode (per tahun).

D. Tata Cara Pembayaran Iuran

- 1. Iuran jaminan kesehatan wajib dibayarkan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan;
- 2. Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari Pkerjanya, membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyetor iuran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat sebagaimana pada angka 1;
- 3. Dalam upaya memenuhi kewajiban membayar iuran, Peserta Program Jaminan Kesehatan melakukan pembayaran dengan cara sebagai berikut:
 - a. Pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan melalui Kas Negara
Pembayaran iuran jaminan kesehatan dilakukan ke rekening BPJS Kesehatan melalui Kas Negara dalam hal penyetor iuran adalah Penyelenggara Negara dengan status sebagai Pemberi Kerja.

Sebagai Pemberi Kerja bagi Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Prajurit, Anggota Polri, dan Pekerja/pegawai Pemerintah yang tidak termasuk kategori Pegawai Negeri, Penyelenggara Negara berkewajiban memungut iuran 1% (satu persen) dari gaji/upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tunjangan tambahan penghasilan bagi PNS Daerah, membayar iuran jaminan kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya sebesar 4% (empat persen), dan menyetor iuran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan atau pada hari kerja berikutnya dalam hal tanggal 10 merupakan hari libur atau hari yang diliburkan. Penyetoran tersebut dilaksanakan oleh:

- 1). Pemerintah Pusat, untuk iuran bagi Pejabat Negara, PNS pusat, Prajurit, Anggota Polri, dan Pekerja/pegawai Pemerintah yang tidak termasuk kategori Pegawai Negeri instansi pusat; dan
- 2). Pemerintah Daerah, untuk iuran bagi kepala daerah dan wakil kepala daerah, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS daerah, dan Pekerja/ pegawai Pemerintah yang tidak termasuk kategori Pegawai Negeri instansi daerah.

Pembayaran ke rekening BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui mekanisme DIPA dan Dana PFK, dengan penjelasan sebagai berikut:

- 1). Pembayaran iuran melalui mekanisme DIPA mengacu kepada PMK Nomor 158/PMK.02/2019.

Mekanisme pembayaran iuran dengan pengisian DIPA dilakukan untuk pembayaran iuran yang merupakan bagian dari kewajiban Pemerintah Pusat sebagai pemberi kerja (iuran 4%).

- 2). Pembayaran iuran melalui mekanisme Dana PFK mengacu kepada PMK Nomor 212/PMK.05/2020.

Iuran yang disetorkan melalui mekanisme Dana PFK kepada BPJS Kesehatan setiap bulan terdiri atas:

- a). Iuran Jaminan Kesehatan pejabat negara, gubernur, wakil gubernur, bupati, wakil bupati, walikota, dan wakil walikota;
- b). Iuran Jaminan Kesehatan PNS Pusat dan PNS Daerah;
- c). Iuran Jaminan Kesehatan anggota Polri dan PNS Polri;

- d). Iuran Jaminan Kesehatan Prajurit dan PNS Kementerian Pertahanan;
- e). Iuran Jaminan Kesehatan pimpinan dan anggota DPRD;
- f). Iuran Jaminan Kesehatan Pensiunan pada PT Taspen (Persero);
- g). Iuran Jaminan Kesehatan Pensiunan Pada PT Asabri (Persero);
- h). Iuran Jaminan Kesehatan Pemda;
- i). Iuran Jaminan Kesehatan PPPK;
- j). Iuran Jaminan Kesehatan PPNPN; dan
- k). Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga yang lain.

Penyetoran hasil pemotongan gaji/penghasilan tetap bulanan untuk dana PFK disetorkan ke kas Negara melalui koordinasi Bendahara Umum Daerah (tidak disetorkan per Satuan Kerja) melalui bank/pos persepsi sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Keuangan mengenai sistem penerimaan Negara secara elektronik.

Akun-akun penerimaan setoran untuk penyetoran BPJS Kesehatan yang digunakan oleh pemerintah daerah terdiri dari:

- 1). Akun 811113 untuk Penerimaan Setoran/Potong PFK 1% Gaji PNS Daerah;
- 2). Akun 811115 untuk Penerimaan Setoran/Potong 1% gaji Kepala Daerah;
- 3). Akun 811151 untuk Penerimaan Setoran/Potong PFK 1% Iuran Jaminan Kesehatan Pegawai Pemerintah Non PNS-APBD;
- 4). Akun 811143 untuk Penerimaan Setoran/Potong PFK 1% PPNPN Badan Layanan Umum;
- 5). Akun 811181 untuk Penerimaan Setoran/Potong PFK 1% Gaji Pimpinan dan Anggota DPRD;
- 6). Akun 811144 untuk Penerimaan Setoran PFK 4% Pemberi Kerja PPNPN Badan Layanan Umum;
- 7). Akun 811152 untuk Penerimaan Setoran PFK 4% Iuran Jaminan Kesehatan dari Pemberi Kerja Pegawai Pemerintah Non PNS-APBD;
- 8). Akun 811411 untuk Penerimaan Setoran PFK 4% Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Propinsi termasuk Gubernur dan Wakil Gubernur;

- 9). Akun 811412 untuk Penerimaan Setoran PFK 4% Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Kabupaten/Kota (termasuk Bupati/Walikota dan Wakil Bupati/Wakil Walikota);
 - 10). Akun 811182 untuk Penerimaan Setoran 4% Iuran Jaminan Kesehatan dan Pemberi Kerja Pimpinan dan Anggota DPRD;
 - 11). Akun 811714 untuk Penerimaan Potongan PFK 1% gaji PNS Daerah (Keluarga Lain);
 - 12). Akun 811931 untuk Penerimaan Setoran Tunggalan Kewajiban Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Provinsi;
 - 13). Akun 811932 untuk Penerimaan Setoran Tunggalan Kewajiban Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Kabupaten/Kota;
 - 14). Akun 811716 untuk Penerimaan Potongan 1% gaji Kepala Daerah (untuk keluarga lain);
 - 15). Akun 811717 untuk Penerimaan Potongan 1% gaji Pimpinan Anggota DPRD; dan
 - 16). Akun 811147 untuk Penerimaan PFK 1% dari PPPK Pemerintah Pusat.
- Akun-akun ini dapat ditambah berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan sesuai kebutuhan.

b. Pembayaran iuran melalui *Virtual Account* (VA)

- 1). Pembayaran iuran Jaminan Kesehatan secara langsung melalui *Virtual Account* kepada BPJS Kesehatan diberlakukan terhadap jenis kepesertaan sebagai berikut:
 - a). PBI JK
 - b). PPU Badan Usaha;
 - c). PBPU dan BP Selain Penyelenggara Negara.
 - d). PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah
 - e). KP Desa
 - f). Kontribusi iuran dan
 - g). Bantuan iuran
- 2). Peserta wajib membayar iuran kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan atau pada hari kerja berikutnya dalam hal tanggal 10 merupakan hari libur atau hari yang diliburkan;

- 3). Status lunas atas pembayaran iuran dan status keaktifan Peserta Jaminan Kesehatan diberlakukan pada sistem iuran jaminan kesehatan sebagai berikut:
 - a). Pembayaran iuran melalui *Virtual Account* secara *realtime* mengaktifkan status kepesertaan jaminan kesehatan.
 - b). Status lunas dikenakan terhadap *Virtual Account* yang telah melalui proses validasi melalui penerimaan data FTP pada sistem penerimaan iuran dalam jangka waktu 1 x 24 jam setelah data FTP diterima pada sistem.
- 4). Nomor virtual account (VA) dibentuk ketika suatu entitas melakukan pendaftaran melalui kanal yang ada. Nomor VA terdiri atas 16 digit, yang dapat digunakan dalam proses pembayaran iuran, 5 digit nomor pertama merupakan kode Bank agregator (Mandiri: 89888, BNI/BRI/BTN: 88888). Digit ke-6 adalah kode penanda entitas (kode 9: entitas Badan Usaha/PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, kode 0: peserta PBPU); 10 digit terakhir merupakan nomor peserta dan kode Badan Usaha/PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah.
- 5). Nomor VA tersebut digunakan untuk melakukan pembayaran melalui kanal-kanal pembayaran yang tersedia antara lain:
 - a). Bank *Agregator*, terdiri dari Bank Mandiri, BNI, BRI, dan BTN; dan
 - b). Mitra *switcher* yang bekerja sama dengan Bank *Agregator* berupa:
 - (1). Loker pembayaran konvensional; dan
 - (2). *Payment Point Online Banking* (PPOB).
- 6). Prosedur pembayaran iuran melalui VA adalah sebagai berikut:
 - a). Peserta dan atau Pembayar iuran mendapatkan informasi mengenai jumlah tagihan
 - (1). KPA PBI JK memperoleh informasi mengenai jumlah tagihan melalui Surat Tagihan yang dikirimkan BPJS Kesehatan.
 - (2). PBPU dan BP Selain Penyelenggara Negara dapat mengetahui informasi mengenai jumlah tagihan secara langsung pada

kanal pembayaran yang tersedia (ATM, PPOB, dan kanal lainnya);

- (3). PPU BU dapat mengakses tagihan melalui aplikasi E-Dabu atau e-mail tagihan yang dikirim setiap awal bulan;
 - (4). Pemerintah Daerah dapat memperoleh informasi mengenai jumlah tagihan iuran Penduduk yang dibayarkannya melalui surat tagihan yang dikirimkan oleh KC BPJS Kesehatan termasuk Kontribusi iuran dan Bantuan iuran;
 - (5). Pemerintah Daerah dapat mengakses tagihan iuran Jaminan Kesehatan Kepala Desa dan Perangkat Desa melalui melalui aplikasi E-dabu dan Surat Tagihan yang dikirimkan KC BPJS Kesehatan.
- b). Peserta melakukan pembayaran melalui kanal yang tersedia melalui rekening VA:
- (1). Untuk pembayaran iuran PBI JK dilakukan melalui Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara (KPPN) selanjutnya dibayarkan melalui VA yang telah ditetapkan.
 - (2). PBPU dan BP Selain Penyelenggara Negara dapat melakukan pembayaran di kanal perbankan, *PPOB*, *e-commerce*, dan *financial technology (fintech)*;
 - (3). PPU BU dapat melakukan pembayaran melalui kanal perbankan dan non-perbankan;
 - (4). Kepala desa dan perangkat desa melakukan pembayaran iuran jaminan kesehatan dengan tata cara sebagai berikut:
 - (a). Pembayaran iuran dilakukan di kanal perbankan dengan menggunakan sistem pembayaran tertutup (*closed payment*) yaitu pembayaran iuran hanya dapat dilakukan sesuai dengan tagihan atau lebih yang muncul di kanal pembayaran;
 - (b). Pembayaran dilakukan melalui 2 (dua) nomor VA, yaitu:
 - (1). VA untuk iuran 1%; dan
 - (2). VA untuk iuran 4%;
 - (c). Iuran 1% dibayarkan oleh Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota) melalui mekanisme intercept

(pemotongan langsung oleh bagian penerimaan) yang bersumber dari Alokasi Dana Desa;

(d). Iuran 4% dibayarkan oleh Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota) selaku pemberi kerja, melalui pemotongan oleh Bendahara Umum Daerah yang bersumber dari APBD.

c). Peserta menerima bukti pembayaran iuran.

E. Tata Cara Penerimaan Iuran

1. Penerimaan Iuran Jaminan Kesehatan

Penerimaan Iuran Jaminan Kesehatan untuk seluruh jenis peserta dilaksanakan secara tersentralisasi/terpusat pada rekening khusus penerima iuran jaminan kesehatan sebagai berikut:

a. Rekening *Collection Virtual Account* (Rekening *Collection VA*)

Rekening *Collection Virtual Account* (Rekening *Collection VA*) digunakan untuk menampung penerimaan iuran yang dibayarkan melalui *Virtual Account*, yang disiapkan pada bank mitra yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yaitu Bank BNI, Bank BRI, Bank Mandiri dan Bank BTN oleh Peserta atau Pemberi Kerja atau Pemerintah atau pihak lain yang membayar iuran untuk:

- 1). Peserta PBU dan BP Selain Penyelenggara Negara,
- 2). PBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah,
- 3). Pemberi Kerja Pegawai Swasta / Pekerja Penerima Upah selain Penyelenggara Negara
- 4). Kepala Desa dan Perangkat Desa.
- 5). Kontribusi Iuran PBI JK
- 6). Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dan Daerah untuk PBU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III

Jumlah iuran yang terkumpul pada rekening ini akan dipindahkan secara periodik setiap hari ke Rekening *Collection Non-Virtual Account*.

Mekanisme penerimaan iuran melalui *Virtual Account* dilaksanakan sebagai berikut:

- 1). Peserta atau Pemberi Kerja membayar iuran melalui moda pembayaran yang dipilih, dengan menggunakan nomor *Virtual Account*;
- 2). Iuran yang diterima dari Peserta atau Pemberi Kerja tersebut, akan masuk ke dalam rekening iuran Kantor Pusat dan dicatat pada rekening koran Bank penerima iuran;
- 3). Bank mengirimkan data pembayaran iuran, baik yang berasal dari kanal perbankan maupun non perbankan, dalam bentuk *FTP/File Transfer Protocol* pada H+1 (hari kerja); dan
- 4). Data FTP tersebut diunduh, dan diunggah melalui Aplikasi Rekon FTP.

b. Rekening *Collection Non Virtual Account* (Rekening Non VA)

Rekening ini terdapat pada Bank BNI, BRI, Bank Mandiri, Bank BTN dan digunakan untuk menampung penerimaan:

- 1). Iuran yang dibayarkan melalui mekanisme PFK;
- 2). Iuran yang dibayarkan melalui mekanisme DIPA;
- 3). Iuran yang diterima melalui PPOB; dan
- 4). Iuran yang diterima di rekening *Collection Virtual Account*.

c. Rekening *Collection Joint Operation Virtual Account*

Rekening *Collection Joint Operation Virtual Account* adalah rekening yang dibuka pada bank mitra BPJS Kesehatan, yang berfungsi sebagai penampung sementara iuran jaminan kesehatan Badan Usaha Eks Jamsostek dari BPJS Ketenagakerjaan atas pembayaran iuran jaminan kesehatan yang diterima melalui *Virtual Account* BPJS Ketenagakerjaan pada awal pembentukan BPJS Kesehatan.

Dalam hal Badan Usaha yang merupakan penyeter iuran melalui mekanisme tersebut telah dapat diidentifikasi melalui pemberitahuan dari BPJS Ketenagakerjaan atau dari Badan Usaha yang bersangkutan dengan bukti yang mendukung, dana sejumlah yang diberitahukan dipindahkan dari rekening ini ke *Virtual Account* Badan Usaha yang bersangkutan.

Dalam rangka optimalisasi penggunaan rekening ini, mengingat sudah tidak ada lagi penerimaan iuran melalui *Virtual Account* BPJS Ketenagakerjaan, maka sejak bulan Januari 2019 rekening ini digunakan untuk tujuan terkait

pengumpulan iuran lainnya yang ditetapkan oleh UKPF Manajemen Iuran, antara lain sebagai rekening penampung untuk menerima setoran titipan pembayaran tunggakan iuran Badan Usaha secara bertahap, dan penerimaan titipan dana *Crowdfunding* sebelum disalurkan kepada PBPU dan/atau BP yang ditentukan.

d. Rekening *Business Contingency Plan (BCP)*

Rekening *Business Contingency Plan (BCP)* merupakan rekening penerima iuran pada saat sistem BPJS Kesehatan mengalami kendala sehingga peserta tidak dapat membayar iuran melalui *Virtual Account*, yang dibuat agar peserta terhindar dari keterlambatan pembayaran iuran yang berdampak pada pengenaan sanksi denda pelayanan.

Penerimaan iuran dengan mekanisme BCP dilaksanakan melalui koordinasi antara UKPF Penagihan dan Keuangan, UKPF Kepesertaan dan UKPF Operasional TI untuk memastikan bahwa memang terdapat permasalahan pada sistem yang menyebabkan peserta tidak dapat melakukan pembayaran ke rekening VA.

e. Rekening Donasi Peserta Menunggak

Rekening Donasi Peserta Menunggak digolongkan sebagai rekening Dana Aset DJS yang digunakan sebagai rekening penampung sementara untuk menerima titipan donasi dari berbagai pihak sebelum disalurkan sebagai pembayaran atas iuran dan tunggakan iuran Peserta PBPU dan BP menunggak ke masing-masing *Virtual Account* Peserta yang dimaksud.

2. Prosedur Teknis Penerimaan Data FTP

- a. Bank mengirimkan data penerimaan iuran melalui FTP setiap hari, pada folder FTP yang telah disediakan oleh BPJS Kesehatan, dengan format seperti yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan;
- b. Pengiriman data FTP oleh Bank mitra BPJS Kesehatan adalah H+1 (hari kerja) setelah transaksi berlangsung; dan
- c. Apabila terdapat ketidaksesuaian pada data yang dikirimkan, maka BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan umpan

balik kepada Bank dan permintaan untuk mengirimkan ulang FTP, paling lambat H+1 setelah umpan balik diterima oleh Bank.

3. Proses Pengolahan Data FTP

Proses pengolahan data yang diterima melalui FTP dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

- a. Melakukan verifikasi atas ketepatan tanggal pengiriman data FTP oleh bank.
Data dikirimkan oleh Bank dengan SLA H+1 (hari kerja);
- b. Mencocokkan data FTP dengan rekening koran bank.
Data dikatakan valid, dengan kriteria:
 - 1). Data FTP sesuai dengan data pada rekening koran penampung VA (untuk transaksi melalui transaksi bank), atau
 - 2). Data FTP sesuai dengan data pada rekening koran penampung Non VA (untuk transaksi melalui PPOB).
- c. Melakukan proses unggah data FTP Bank melalui Aplikasi Rekon FTP pada portal BPJS Kesehatan.
 - 1). Jika data sesuai, maka dapat dilakukan proses *approval* atas data tersebut; dan
 - 2). Jika tidak sesuai, maka dilakukan umpan balik ke bank mitra terkait untuk dilakukan perbaikan atas data FTP.

4. Teknis Penanganan Masalah Pengelolaan Data FTP

- a. Pengiriman FTP Bank terlambat:
 - 1). Dalam hal ini pihak bank mengirimkan data FTP tidak sesuai SLA yaitu H+1.
 - 2). Pihak BPJS Kesehatan mengkonfirmasi kepada bank mitra BPJS Kesehatan atas keterlambatan pengiriman data FTP bank.
 - 3). Jika telah melebihi 1x24 jam, maka BPJS Kesehatan akan memberikan umpan balik secara tertulis.
- b. FTP tidak berhasil diunggah/*upload*:
 - 1). Kondisi ini terjadi dalam hal FTP sudah berhasil diunggah/*upload*, tetapi tidak terekam/*record* di manajemen data *batch* secara harian.
 - 2). Untuk penanganan ini dikonfirmasi ke pihak IT, untuk selanjutnya dilakukan pengecekan oleh pihak IT pada *database*.

- 3). Apabila hasil pengecekan tim IT pada data *batch* tidak ditemukan, dilakukan proses unggah/*upload* ulang FTP.
 - 4). Apabila hasil pengecekan tim IT pada data *batch* ditemukan, maka tidak perlu dilakukan proses unggah/*upload* ulang dan akan otomatis dilakukan penyesuaian oleh tim IT.
- c. FTP dengan *Double* Transaksi:
- 1). Proses unggah/*upload* FTP sudah dilakukan sesuai dengan prosedur yang ada;
 - 2). *Double* transaksi dapat terjadi karena *error system*.
 - 3). Ketika terjadi *double* transaksi, data FTP tersebut dapat di cek kembali di manajemen data *batch*.
 - 4). Dilakukan pengecekan pada aplikasi keuangan dengan *sample by VA* yg ada pada FTP *double* tersebut. Untuk memastikan transaksi tersebut merupakan *double* transaksi.
 - 5). Jika terbukti *double* transaksi, harus dilakukan konfirmasi dengan tim IT BPJS Kesehatan untuk selanjutnya dilakukan pembuatan FTP lawan, debit dan kredit.
- d. FTP dengan Data Tidak Teridentifikasi
- 1). Keadaan di mana pada saat dilaksanakan pembayaran iuran terjadi kesalahan input/kurang digit nomor *Virtual Account* sehingga transaksi tidak dapat diidentifikasi oleh sistem dan tidak masuk dalam Aplikasi Keuangan.
 - 2). Data tidak teridentifikasi dapat juga berasal dari transaksi pembayaran iuran melalui proses Kliring/RTGS atau transaksi lainnya.
 - 3). Dalam hal terdapat FTP yang tidak teridentifikasi, UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan konfirmasi kepada Bank sebagai penerbit dan pengirim FTP, untuk kemudian melakukan perbaikan data sebagaimana mestinya melalui Aplikasi *Revenant* atau aplikasi lain yang relevan setelah mendapatkan informasi mengenai data yang semestinya.
 - 4). Dalam hal data pada FTP yang tidak teridentifikasi mengindikasikan pada transaksi di luar pembayaran iuran, UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan konfirmasi kepada tim Teknologi Informasi untuk memperoleh informasi mengenai transaksi tersebut, dan melakukan perbaikan data sebagaimana mestinya melalui aplikasi terkait.

- 5). Koreksi data FTP yang tidak teridentifikasi dapat dilakukan di Kantor Pusat atau di Kantor Cabang.

5. Mekanisme Kontrol dan Pelaporan

- a. Data FTP yang sudah diunggah/*upload* akan ter-*flagging* ke masing-masing nomor VA pada Aplikasi Keuangan; dan
- b. Untuk melakukan fungsi kontrol tersebut telah disediakan fitur manajemen *batch* yang dapat dilihat pada Aplikasi Keuangan.

F. Tata Cara Penanganan Permasalahan Dalam Penyetoran Iuran Melalui *Virtual Account*.

Permasalahan dalam penyetoran iuran terjadi dalam bentuk:

1. Kesalahan input jumlah pembayaran iuran sehingga pembayaran dilakukan lebih dari tagihan pada kanal pembayaran, dan Pembayar Iuran menghendaki pengembalian kelebihan pembayaran iuran;
2. Kesalahan Input Nomor *Virtual Account* dalam Penyetoran Iuran
 - a. Pada jenis kepesertaan yang sama
 - b. Pada jenis kepesertaan yang berbeda
3. Kesalahan Pembayaran Iuran pada nomor *Virtual Account* yang tidak semestinya pada Bank yang berbeda
4. Penerimaan iuran bulk segmen PBPU tidak tersplit secara otomatis ke masing-masing anggota keluarga dalam 1 (satu) Kartu Keluarga;
5. Kesalahan pembayaran iuran antar segmen kepesertaan, tujuan Bank yang berbeda, dan *splitting* transaksi *bulk* selain segmen PBPU.

Atas permasalahan tersebut dilakukan penanganan sebagai berikut:

1. Pengembalian Kelebihan Pembayaran Iuran
 - a. Dalam hal terjadi kelebihan pembayaran iuran melalui *Virtual Account* oleh Peserta/Pemberi Kerja maka:
 - 1). Kelebihan jumlah pembayaran iuran oleh Peserta atau Pemberi Kerja (Pekerja Penerima Upah/Badan Usaha) terlebih dahulu memperhitungkan kewajiban terhadap iuran bulan berjalan dan 1 (satu) bulan berikutnya.

- 2). Dalam hal setelah dilakukan kompensasi masih terdapat kelebihan pembayaran, Peserta atau Pemberi Kerja dapat mengajukan permohonan pengembalian kelebihan pembayaran iuran ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan.
- 3). Dalam hal masih terdapat kelebihan pembayaran iuran setelah perhitungan pada angka 1, dan Peserta/Pemberi Kerja bermaksud untuk mengkompensasikan untuk iuran bulan selanjutnya, maka kesepakatan atas jumlah bulan kompensasi dituangkan dalam surat pernyataan atau Berita Acara.
- 4). *Service Level Agreement (SLA)* pengembalian kelebihan pembayaran iuran paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak tanggal pengajuan pengembalian oleh peserta atau pemberi kerja dan berkas telah diterima lengkap.
- 5). Mekanisme pengembalian sebagaimana dimaksud pada angka 2 dilaksanakan sebagai berikut:

Kantor Cabang:

- a). Peserta/Pemberi Kerja mengajukan permohonan pengembalian kelebihan pembayaran iuran dengan melengkapi dokumen antara lain:
 - (1). Pengembalian kelebihan pembayaran oleh Peserta/ Pemberi Kerja:
 - (a). Surat permohonan pengembalian iuran oleh Peserta/Pemberi Kerja/ Keluarga Peserta dilengkapi materai sesuai ketentuan;
 - (b). Fotokopi KTP pengaju;
 - (c). Fotokopi Kartu Keluarga;
 - (d). Bukti Bayar iuran (asli);
 - (e). Fotokopi Buku Tabungan Peserta/Pemberi Kerja/Keluarga Peserta yang masih aktif;
 - (f). Fotokopi Kartu JKN-KIS; dan
 - (g). Surat Kuasa (apabila permohonan pengembalian kelebihan pembayaran dilakukan oleh keluarga Peserta).

- (2). Pengembalian kelebihan pembayaran dimana status Peserta sudah meninggal:
 - (a). Surat permohonan pengembalian kelebihan pembayaran iuran oleh keluarga Peserta meninggal;
 - (b). Fotokopi pengaju;
 - (c). Fotokopi Kartu Keluarga;
 - (d). Bukti bayar iuran (asli);
 - (e). Fotokopi buku tabungan keluarga Peserta yang masih aktif;
 - (f). Fotokopi Kartu JKN-KIS; dan
 - (g). Fotokopi surat kematian.
 - (3). Pengembalian kelebihan karena kepesertaan ganda:
 - (a). Surat permohonan pengembalian iuran oleh Peserta;
 - (b). Berita Acara rekonsiliasi;
 - (c). Bukti bayar iuran;
 - (d). Fotokopi buku tabungan Peserta yang masih aktif; dan
 - (e). Fotokopi Kartu JKN-KIS.
 - (4). Pengembalian kesalahan setor ke Rekening BPJS Kesehatan:
 - (a). Surat permohonan pengembalian iuran oleh Peserta/Pemberi Kerja/ Pemerintah Daerah; dan
 - (b). Bukti bayar iuran.
- b). Staf Kantor Cabang melakukan verifikasi dan memperhitungkan pengembalian kelebihan iuran dengan ketentuan:
- (1). Kelebihan pembayaran yang dilakukan oleh Peserta/ Pemberi Kerja terlebih dahulu diperhitungkan dengan tagihan bulan berjalan dan 1 (satu) bulan berikutnya.
 - (2). Kelebihan pembayaran dikarenakan status Peserta Pekerja Penerima Upah/ Pekerja Bukan Penerima Upah meninggal, maka pengembalian dilakukan atas kelebihan pembayaran sejak peserta dinyatakan meninggal yang dibuktikan dengan surat keterangan meninggal dari institusi terkait.
 - (3). Kelebihan iuran dikarenakan data kepesertaan ganda, maka dilakukan perhitungan kelebihan pembayaran berdasarkan Berita Acara Rekonsiliasi Kepesertaan.

- (4). Kelebihan pembayaran iuran karena kesalahan setor ke Rekening BPJS Kesehatan maka Kantor Cabang melakukan pengecekan pada Aplikasi Keuangan dan membandingkan dengan bukti bayar yang disampaikan.
- c). Staf Kantor Cabang membuat Berita Acara Pengembalian iuran yang ditandatangani oleh Peserta/Pemberi Kerja dan Kepala Cabang BPJS Kesehatan atau Pejabat yang ditunjuk sementara.
- d). Mengirimkan dokumen kelengkapan pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran ke Kedeputian Wilayah yang terdiri dari:
- (1). Surat Pengantar yang ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (2). Kertas kerja hasil perhitungan pengembalian kelebihan pembayaran iuran;
 - (3). Berita Acara pengembalian kelebihan pembayaran iuran yang dilengkapi data sesuai poin 1; dan
 - (4). Surat Pertanggungjawaban Mutlak atas pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran.
- e). Batas akhir proses pengajuan pengembalian ke Kantor Kedeputian Wilayah adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari Peserta/ Pemberi Kerja.
- f). Pengiriman berkas untuk pengembalian bulan berjalan dilaksanakan paling lambat tanggal 19 setiap bulan.
- g). Kantor Cabang bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data pengembalian iuran yang diajukan.

Kedeputian Wilayah:

- a). Melakukan verifikasi ulang kelengkapan berkas dan kebenaran perhitungan pengembalian iuran.

- b). Mengirimkan dokumen kelengkapan pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran ke Kantor Pusat, yang terdiri dari:
 - (1). Surat Perintah Membayar yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah;
 - (2). Surat Pernyataan Tanggungjawab Mutlak yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah;
 - (3). Rekapitulasi disertai dengan dokumen pendukung yang telah dikirim oleh Kantor Cabang, terdiri dari:
 - (a). Fotokopi KTP Penerima pengembalian iuran;
 - (b). Fotokopi buku tabungan penerima pengembalian iuran; dan
 - (c). Surat Kuasa dalam hal penerima pengembalian iuran bukan Peserta yang akan dikembalikan iurannya.
- c). Batas akhir proses pengajuan pengembalian ke Kantor Pusat adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari Kantor Cabang.
- d). Penerimaan berkas di Kedeputian Wilayah untuk pengembalian iuran bulan berjalan dilaksanakan paling lambat tanggal 22 setiap bulan.
- e). Kedeputian Wilayah bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data pengembalian iuran yang diajukan.

Kantor Pusat:

- a). UKPF Penagihan dan Keuangan:
 - (1). Merekapitulasi pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran yang dikirimkan dari Kedeputian Wilayah;
 - (2). Membuat dan menyampaikan Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan kelebihan pembayaran iuran yang diajukan oleh Kedeputian Wilayah dengan disertai kelengkapan berkas yang diterima dari Kedeputian Wilayah;
 - (3). Merekapitulasi umpan balik dari UKPF Treasury dan Investasi atas pengembalian kelebihan pembayaran iuran yang telah dilakukan;
 - (4). Melakukan penyesuaian atas saldo kelebihan pembayaran iuran sesuai dengan jumlah yang telah dikembalikan kepada Peserta/Pemberi Kerja;

- (5). Menyampaikan hasil rekapitulasi umpan balik dari UKPF Treasury dan Investasi atas pengembalian kelebihan pembayaran yang dilakukan;
 - (6). Batas akhir pengajuan pengembalian iuran ke UKPF Treasury dan Investasi adalah 6 (enam) hari kerja sejak berkas diterima lengkap dari Kedeputian Wilayah.
- b). UKPF *Treasury* dan Investasi
- (1). Menerima Surat Perintah Membayar pengembalian kelebihan pembayaran dari UKPF Penagihan dan Keuangan;
 - (2). Membuat surat ke Bank untuk melakukan pemindahbukuan atas pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran oleh Peserta/ Pemberi Kerja;
 - (3). Melakukan umpan balik ke UKPF Penagihan dan Keuangan atas pengajuan pengembalian kelebihan iuran;
 - (4). Batas akhir proses pengembalian di UKPF Treasury dan Investasi adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari UKPF Penagihan dan Keuangan.

b. Dalam hal terjadi kelebihan pembayaran iuran Peserta PBPU dan BP yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah maka:

- 1). BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah melakukan rekonsiliasi atas jumlah peserta dan iuran Peserta PBPU dan BP.
- 2). Dalam hal setelah dilakukan rekonsiliasi terdapat kelebihan pembayaran iuran, Pemerintah Daerah dapat mengajukan permohonan pengembalian ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan.
- 3). *Service Level Agreement* (SLA) pengembalian kelebihan pembayaran iuran paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak tanggal pengajuan pengembalian oleh Pemerintah Daerah dan berkas telah dinyatakan lengkap.
- 4). Mekanisme pengembalian sebagaimana dimaksud pada angka 2 dilaksanakan sebagai berikut:

Kantor Cabang:

- a). Atas kelebihan pembayaran iuran Peserta PBPU dan BP yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, Kantor Cabang melakukan negosiasi dengan Pemerintah Daerah agar kelebihan pembayaran iuran dikompensasikan menjadi pembayaran iuran bulan berikutnya.
- b). Dalam hal Pemerintah Daerah tetap menginginkan Pemerintah Daerah mengajukan permohonan pengembalian kelebihan pembayaran iuran dengan melengkapi dokumen antara lain:
 - (1). Pengembalian kelebihan pembayaran iuran Peserta yang Dibayarkan Iurannya oleh Pemerintah Daerah.
 - (2). Surat permohonan pengembalian kelebihan pembayaran iuran dari Pemerintah Daerah;
 - (3). Berita Acara rekonsiliasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah atau Laporan Hasil Pemeriksaan Auditor Pemerintah; dan
 - (4). Fotokopi buku rekening Pemerintah Daerah penerima pengembalian kelebihan pembayaran iuran
- c). Staf Kantor Cabang melakukan verifikasi dan memperhitungkan pengembalian kelebihan iuran dengan ketentuan:
 - (1). Kelebihan pembayaran dikarenakan status Peserta Pekerja Penerima Upah/Pekerja Bukan Penerima Upah meninggal, maka pengembalian dilakukan atas kelebihan pembayaran sejak peserta dinyatakan meninggal yang dibuktikan dengan surat keterangan meninggal dari institusi terkait.
 - (2). Kelebihan iuran dikarenakan data kepesertaan ganda, maka dilakukan perhitungan kelebihan pembayaran berdasarkan Berita Acara Rekonsiliasi Kepesertaan.
 - (3). Kelebihan pembayaran iuran Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah maka dilakukan perhitungan kelebihan pembayaran berdasarkan Berita Acara Rekonsiliasi Kepesertaan.
 - (4). Kelebihan pembayaran iuran karena kesalahan setor ke Rekening BPJS Kesehatan maka Kantor Cabang melakukan

pengecekan pada Aplikasi Keuangan dan membandingkan dengan bukti bayar yang disampaikan.

- d). Staf Kantor Cabang membuat Berita Acara Pengembalian Iuran yang ditandatangani oleh Peserta/Pemberi Kerja/Pemerintah Daerah dan BPJS Kesehatan.
- e). Mengirimkan dokumen kelengkapan pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran ke Kedeputan Wilayah, yaitu:
 - (1). Surat Pengantar yang ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (2). Kertas kerja hasil perhitungan pengembalian kelebihan pembayaran iuran; dan
 - (3). Berita Acara pengembalian kelebihan pembayaran iuran yang dilengkapi data sesuai poin 1.
- f). Batas akhir proses pengajuan pengembalian ke Kantor Kedeputan Wilayah adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari Peserta/ Pemberi Kerja/Pemerintah Daerah.

Kedeputan Wilayah:

- a). Memverifikasi ulang kelengkapan berkas dan kebenaran perhitungan.
- b). Mengirimkan dokumen kelengkapan pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran ke Kantor Pusat, yaitu:
 - (1). Surat Perintah Membayar yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah;
 - (2). Surat Pernyataan Tanggungjawab Mutlak yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah; dan
 - (3). Hasil rekapitulasi disertai dengan dokumen pendukung yang telah dikirim oleh Kantor Cabang.
- c). Batas akhir proses pengajuan pengembalian ke Kantor Pusat adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari Kantor Cabang.

Kantor Pusat:

- a). UKPF Penagihan dan Keuangan
 - (1). Merekapitulasi pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran iuran yang dikirimkan dari Kedeputan Wilayah.

- (2). Membuat Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan kelebihan pembayaran iuran yang diajukan oleh Kedeputan Wilayah.
 - (3). Merekapitulasi umpan balik dari UKPF Treasury dan Investasi atas pengembalian kelebihan pembayaran iuran yang telah dilakukan.
 - (4). Melakukan koreksi atas saldo kelebihan pembayaran iuran sesuai dengan jumlah yang telah dikembalikan kepada Peserta/Pemberi Kerja;
 - (5). Menyampaikan hasil rekapitulasi umpan balik dari UKPF Treasury dan Investasi atas pengembalian kelebihan pembayaran yang dilakukan.
 - (6). Batas akhir proses pengajuan pengembalian ke UKPF Treasury dan Investasi adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari Kedeputan Wilayah.
- c. Dalam hal terjadi kelebihan pembayaran iuran dikarenakan status Peserta sudah meninggal maka:
- 1). Kelebihan pembayaran dapat diajukan pengembalian iuran atau dilakukan pemindahan ke *virtual account* keluarga yang masih aktif.
 - 2). Pengembalian iuran atau pemindahan ke *virtual account* keluarga yang masih aktif dilakukan atas permintaan tertulis dari keluarga peserta yang telah meninggal.
 - 3). *Service Level Agreement* (SLA) pengembalian paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak tanggal pengajuan pengembalian oleh keluarga peserta dan berkas dinyatakan lengkap.
 - 4). Mekanisme pengembalian sebagaimana dimaksud pada angka 2, mengikuti format pengembalian kelebihan pembayaran iuran dan koreksi pembayaran iuran jaminan Kesehatan.

d. Dalam hal Peserta memiliki Kepesertaan ganda dengan PBPU, maka:

- 1). Kantor Cabang melakukan pengecekan TMT peserta pada Aplikasi Kepesertaan, tagihan yang diakui untuk Peserta PBPU adalah sampai dengan TMT terdaftar di segmen lain.
- 2). Kantor Cabang melakukan rekonsiliasi untuk mengoreksi tagihan PBPU yang tidak seharusnya ditagih kemudian melakukan penonaktifan atas data Peserta yang terdaftar sebagai PBPU.
- 3). Kelebihan pembayaran yang muncul akibat koreksi tagihan dapat dilakukan pengembalian atas permohonan tertulis dari Peserta.
- 4). *Service Level Agreement* (SLA) pengembalian kelebihan pembayaran iuran paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak tanggal pengajuan pengembalian oleh Peserta dan berkas dinyatakan lengkap.
- 5). Mekanisme pengembalian sebagaimana dimaksud pada angka 3, mengikuti format Pengembalian Kelebihan Pembayaran Iuran dan Koreksi Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan.

e. Dalam hal Peserta/Pemberi Kerja/ Pemerintah Daerah salah setor ke rekening BPJS Kesehatan, maka:

- 1). Dalam hal setoran tersebut dimaksudkan untuk pembayaran iuran melalui *virtual account*, maka dapat dilakukan proses pemindahan dana dari rekening BPJS Kesehatan ke rekening *virtual account* atas permintaan tertulis dari penyetor.
- 2). Dalam hal setoran tersebut tidak dimaksudkan untuk pembayaran iuran, maka dapat dilakukan pengembalian iuran atas permintaan tertulis dari penyetor.
- 3). *Service Level Agreement* (SLA) pengembalian paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak tanggal pengajuan pengembalian oleh peserta atau pemberi kerja dan berkas dinyatakan lengkap.
- 4). Mekanisme pengembalian sebagaimana dimaksud pada angka 2, mengikuti format Pengembalian kelebihan pembayaran iuran dan koreksi pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan.

- 5). Biaya yang timbul dalam proses pengembalian kelebihan pembayaran iuran menjadi beban pengaju.
 - 6). Dalam hal pengaju (Pemerintah Daerah) tidak berkenan untuk dipotong biaya administrasi pengembalian iuran, biaya tersebut dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan, dan dibebankan pada Aset BPJS Kesehatan dengan mata anggaran biaya administrasi penagihan iuran atas dasar surat pernyataan keberatan yang diajukan oleh pengaju.
 - 7). Dalam hal Pemberi Kerja melakukan pembayaran iuran bertahap, maka proses pemindahbukuan pembayaran iuran bertahap dari Pemberi Kerja melalui rekening JO-VA, mengacu pada penjelasan BAB XI mengenai Penagihan Tunggalan Kewajiban Iuran Jaminan Kesehatan.
- f. Dalam hal terjadi kesalahan setor oleh Petugas Bank/PPOB maka:
- 1). Pengembalian dapat dilakukan atas permintaan tertulis dari pihak bank, yang dilakukan secara sentralisasi oleh Kantor Pusat pihak Bank kepada Kantor Pusat BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan.
 - 2). *Service Level Agreement* (SLA) pengembalian paling lambat tanggal 20 (dua puluh) hari kerja sejak tanggal pengajuan pengembalian oleh pihak bank dan berkas diterima lengkap.
 - 3). Mekanisme pengembalian sebagaimana dimaksud pada angka 1, mengikuti format Pengembalian kelebihan pembayaran iuran dan koreksi pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan yang telah ditentukan.
2. Koreksi atas kesalahan pembayaran iuran, meliputi:
- a. Koreksi nomor *virtual account* segmen yang sama dan antar segmen yang berbeda
- Dalam hal Peserta atau Pemberi Kerja salah setor ke *Virtual Account* yang bukan seharusnya maka:
- 1). Koreksi atas kesalahan setor iuran *Virtual Account* yang bukan seharusnya dapat dilakukan atas dasar permintaan tertulis oleh peserta

atau pemberi kerja kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan dengan melampirkan:

a). Fotokopi bukti setor iuran; dan

b). Berita Acara kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan peserta atau pemberi kerja untuk melakukan koreksi nomor *virtual account*.

2). Service Level Agreement (SLA) penyelesaian kesalahan setor Virtual Account paling lambat 5 (lima) hari sejak tanggal pengajuan oleh peserta dan berkas diterima lengkap oleh Kedeputian Wilayah setelah mendapat laporan dari Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

3). Mekanisme koreksi kesalahan penggunaan Virtual Account dapat dilakukan dengan:

a). Melakukan pemindahan transaksi pembayaran dari VA sebelumnya ke VA seharusnya dengan terlebih dahulu melakukan pendebitan pada rekening/nomor *virtual account* yang salah dan disetorkan ke rekening/nomor virtual account yang seharusnya melalui transaksi di bank; atau

b). Melakukan pemindahan transaksi pembayaran dari VA sebelumnya ke VA seharusnya menggunakan aplikasi tanpa transaksi fisik melalui bank. Koreksi dapat dilakukan oleh Kantor Cabang setelah iuran peserta tercatat pada aplikasi keuangan BPJS Kesehatan.

4). Mekanisme verifikasi dan proses koreksi kesalahan setor sebagaimana dimaksud pada angka 3, sesuai format yang telah ditetapkan.

b. Koreksi pembayaran iuran yang tergabung dalam satu nomor *virtual account*:

1). Koreksi atas kesalahan setor iuran *Virtual Account* dengan *splitting* atas transaksi penerimaan iuran *bulk* segmen PBPU, dapat dilakukan atas dasar permintaan tertulis dan bukti pembayaran oleh Peserta atau Pemberi Kerja kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan dan/atau

berdasarkan hasil laporan/pengaduan melalui aplikasi SIPP dan aplikasi pengaduan lainnya.

- 2). Verifikasi dan koreksi dapat dilakukan oleh Kantor Cabang setelah iuran peserta tercatat pada Aplikasi Keuangan BPJS Kesehatan melalui Aplikasi *Revenant*.
- 3). Batas akhir penyelesaian kesalahan setor *Virtual Account* paling lama 5 (lima) hari kerja sejak tanggal pengajuan oleh Peserta atau Pemberi Kerja dan berkas diterima lengkap oleh Kedeputan Wilayah setelah mendapat laporan dari Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

c. Koreksi pembayaran iuran dengan tujuan Bank yang salah:

Koreksi atas kesalahan setor melalui *Virtual Account* dengan tujuan Bank berbeda dapat dilakukan melalui mekanisme pemindahbukuan dengan dasar permintaan tertulis dan bukti pembayaran oleh Peserta atau Pemberi Kerja kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1). Verifikasi dan koreksi dapat dilakukan oleh Kantor Cabang setelah transaksi pembayaran iuran tercatat pada Aplikasi Keuangan BPJS Kesehatan;
- 2). Kantor Kedeputan Wilayah mengirimkan surat pengajuan pemindahbukuan kepada UKPF Penagihan dan Keuangan;
- 3). UKPF Penagihan dan Keuangan membuat surat pengajuan pemindahbukuan kepada UKPF *Treasury* dan Investasi;
- 4). Batas akhir penyelesaian proses pemindahbukuan paling lambat di bulan berjalan sesuai dengan tanggal transaksi pembayaran iuran; dan
- 5). Biaya yang timbul dalam proses pemindahbukuan tersebut menjadi beban UKPF Penagihan dan Keuangan.

G. Tata Cara Pelaporan Iuran

Untuk mengetahui jumlah iuran jaminan kesehatan yang berhasil dikumpulkan untuk membiayai operasional program Jaminan Kesehatan dilaksanakan pelaporan secara periodik (mingguan, bulanan, tahunan). Tujuan pembuatan laporan iuran adalah untuk kepentingan analisa masalah kolektibilitas, penilaian kinerja dan

keputusan untuk menetapkan langkah/metode penagihan selanjutnya. Pelaporan terkait iuran Jaminan Kesehatan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Laporan penerimaan iuran

Laporan penerimaan iuran merupakan laporan yang menggambarkan penerimaan iuran pada periode waktu tertentu untuk kebutuhan monitoring dan evaluasi terhadap upaya penagihan iuran. Laporan penerimaan iuran disusun dengan ketentuan:

- a. Dibuat berdasarkan segmen kepesertaan;
- b. Bersumber dari luaran sistem informasi yang digunakan untuk pengelolaan iuran;
- c. Dibuat secara periodik (harian, mingguan, bulanan, tahunan) berdasarkan kebutuhan manajemen; dan
- d. Dibuat secara *cash basic* dan periodik, harian, mingguan, bulanan dan tahunan;

2. Laporan kolektibilitas iuran

Laporan kolektibilitas iuran merupakan laporan yang menggambarkan perbandingan antara penerimaan iuran dengan pendapatan iuran. Laporan kolektibilitas iuran digunakan untuk kebutuhan evaluasi terhadap upaya penagihan iuran. Laporan kolektibilitas iuran disusun dengan ketentuan:

- a. Dibuat berdasarkan segmen kepesertaan;
- b. Bersumber dari luaran sistem informasi yang digunakan untuk pengelolaan iuran; dan
- c. Dibuat secara periodik (bulanan dan tahunan) berdasarkan kebutuhan manajemen.

3. Laporan aktivitas penagihan

Laporan aktivitas penagihan merupakan laporan yang menggambarkan aktivitas penagihan untuk setiap upaya penagihan yang telah dilakukan dalam periode waktu tertentu. Laporan aktivitas penagihan dibuat oleh Kantor Cabang, direkap oleh Kedeputian Wilayah, dan dikirimkan ke Kantor Pusat paling lambat tanggal 15 (lima belas) setiap bulan. Laporan aktivitas penagihan, terdiri dari:

- a. Laporan penagihan DIPA dan PFK;
- b. laporan *telekolekting*;
- c. Laporan aktivitas kader JKN;

- d. laporan SMS/*e-mail blast*/media pengirim pesan elektronik;
 - e. laporan aktivitas penagihan kontribusi iuran dan bantuan iuran; dan
 - f. laporan lainnya sesuai kebutuhan.
4. Laporan tunggakan iuran.
- Laporan tunggakan iuran merupakan laporan yang menggambarkan posisi jumlah iuran tertunggak per akhir periode (bulan, tahun) per segmen kepesertaan yang disusun berdasarkan umur tunggakan. Data yang digunakan untuk laporan tunggakan iuran bersumber dari luaran sistem informasi yang digunakan untuk pengelolaan iuran.
- Laporan Peserta Menunggak Iuran digunakan sebagai panduan bagi Kantor Cabang BPJS Kesehatan untuk melaksanakan penagihan iuran segmen PBPU, PPU BU dan PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PBI APBD/PD Pemda).

BAB V

MANAJEMEN MODA PEMBAYARAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

A. Pengertian Umum

Moda pembayaran iuran Jaminan Kesehatan adalah bentuk sarana yang digunakan untuk membayar iuran dan denda pelayanan melalui kanal pembayaran yang tersedia, seperti: pembayaran tunai, pembayaran non tunai, maupun *auto debit*. Kanal pembayaran iuran adalah saluran pembayaran yang digunakan untuk membayar iuran, seperti: mesin EDC, ATM, aplikasi pembayaran, toko/*outlet* pembayaran, dan lain sebagainya.

Secara umum moda pembayaran iuran yang digunakan oleh BPJS Kesehatan terbagi dalam 2 (dua) jenis, yaitu:

1. Perbankan

yaitu kanal pembayaran iuran yang disediakan oleh lembaga perbankan, baik berupa kantor maupun kanal *e-Banking* milik bank (ATM, *Mobile Banking*, *Internet Banking*, SMS Banking, *Auto debit*, dan lain sebagainya).

2. Non Perbankan

Terdiri dari:

a. *Payment Point Online Banking* (atau disingkat PPOB)

yaitu suatu usaha jasa/layanan secara *online* sistem, dimana perbankan ditunjuk sebagai fasilitator oleh sebuah perusahaan *provider* sebagai tempat pembayaran berbagai tagihan pelanggan.

b. *E-Commerce*

yaitu aktivitas jual beli yang dilakukan secara *online* dengan memanfaatkan jaringan telekomunikasi seperti internet, televisi, aplikasi dan lain sebagainya.

c. *Financial Technology* (atau disingkat *Fintech*)

yaitu inovasi industri jasa keuangan yang memanfaatkan penggunaan teknologi. Umumnya jenis layanan yang diberikan adalah layanan transaksi pembayaran berupa dompet elektronik (*e-wallet*), uang elektronik, maupun pinjaman *online*.

B. Struktur Sistem Pembayaran Iuran

Struktur sistem pembayaran iuran dan denda pelayanan melibatkan beberapa unsur yaitu:

1. *Bank pooling*

yaitu bank milik pemerintah yang digunakan sebagai tempat pengumpulan iuran atau denda pelayanan yang dibayarkan oleh peserta.

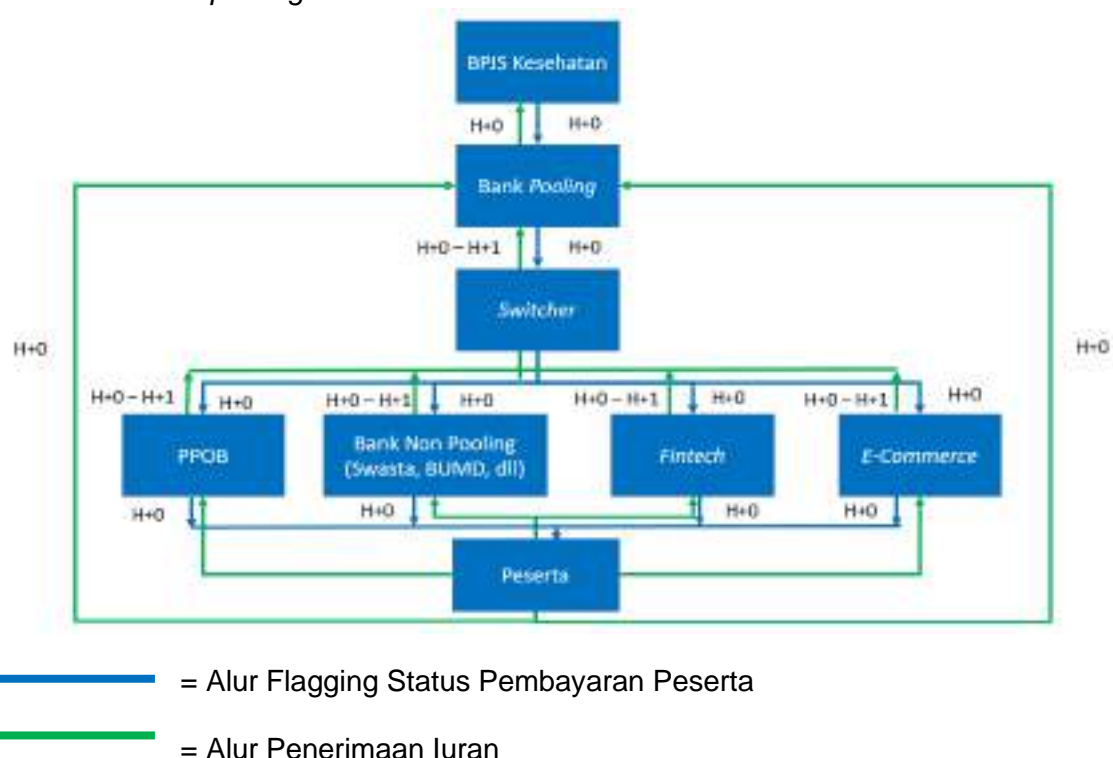
2. *Switcher*

yaitu perusahaan penyedia jasa interkoneksi dibawah kelolaan *bank pooling*, yang menghubungkan sistem pembayaran BPJS Kesehatan pada mitra/*channel agent* dan bertanggung jawab atas transaksi yang terjadi pada mitra/*channel agent*.

3. *Channel agent*

Yaitu mitra (*merchant*) penyelenggara jasa pembayaran iuran dan denda pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan.

Untuk mengoptimalkan penyelenggaraan proses pembayaran dan penerimaan iuran, maka BPJS Kesehatan mendesain struktur sistem pembayaran iuran. Struktur sistem pembayaran iuran ini mengatur tentang proses *flagging* status pembayaran iuran dan denda pelayanan peserta, serta proses *settlement* penerimaan iuran dari peserta hingga masuk pada rekening BPJS Kesehatan di bank *pooling*.



Keterangan:

1. Peserta melakukan pembayaran luran melalui berbagai kanal pembayaran luran dan denda pelayanan, seperti bank *pooling*, bank *non pooling*, PPOB, *Fintech*, *E-Commerce*.
2. Ketentuan proses *settlement* transaksi pembayaran luran dan denda pelayanan adalah sebagai berikut:
 - a. Transaksi pembayaran luran dan denda pelayanan melalui bank *pooling* ke rekening BPJS Kesehatan pada H+0 setiap hari.
 - b. Transaksi pembayaran luran dan denda pelayanan melalui *switcher* (PPOB, bank *non pooling*, *Fintech*, dan *E-Commerce*) adalah sebagai berikut:
 - 1). Transaksi yang dilakukan pukul 12.01 WIB hari sebelumnya (H-1) hingga pukul 12.00 WIB hari ini (H+0) akan diterima BPJS Kesehatan pada pukul 15.00 WIB hari ini (H+0);
 - 2). Transaksi pukul 12.01 WIB hari ini (H+0) hingga pukul 12.00 WIB besok (H+1), maka luran akan diterima oleh BPJS Kesehatan pada pukul 15.00 WIB (H+1);
 - 3). Transaksi pembayaran luran dan denda pelayanan yang dilakukan setiap hari kerja. Untuk transaksi yang dilakukan pada hari libur, maka proses *settlement* dilakukan pada hari kerja berikutnya.

Saat ini BPJS Kesehatan memiliki 4 (empat) bank *pooling* yaitu Bank Mandiri, Bank Rakyat Indonesia (BRI), Bank Negara Indonesia (BNI) dan Bank Tabungan Negara (BTN). Setiap bank *pooling* diberikan kode bank khusus untuk mempermudah proses identifikasi transaksi, yaitu antara lain:

No	Nama Bank <i>Pooling</i>	Kode Bank <i>Pooling</i>
1.	Bank Mandiri	PBMDR
2.	Bank BRI	PBBRI
3.	Bank BNI	PBBNI
4.	Bank BTN	PBBTN

Setiap bank *pooling* diberikan kewenangan untuk menunjuk 2 (dua) *switcher* yang bertugas untuk memperluas aksesibilitas moda dan kanal pembayaran luran dan denda pelayanan dengan melakukan kerjasama dengan berbagai mitra/*channel agent*. Penunjukkan lebih dari 2 (dua) *switcher* dapat dilakukan dalam kondisi khusus dengan persetujuan dari BPJS Kesehatan.

Untuk mempermudah proses identifikasi transaksi pembayaran luran dan denda pelayanan pada mitra/*channel agent*, BPJS Kesehatan memberikan kode khusus pada masing-masing *switcher* berdasarkan bank *pooling*-nya, sebagai contoh: *switcher A* berada dibawah bank *pooling* Bank Mandiri, maka kodenya adalah: PBMDR11. Pemberian kode *switcher* diberikan berdasarkan urutan.

C. Mekanisme Perluasan Kanal Pembayaran luran dan Denda Pelayanan

Pemenuhan kanal pembayaran luran yang luas dan beragam merupakan sebuah kebutuhan yang harus dipenuhi oleh BPJS Kesehatan agar peserta mudah untuk membayar luran. Perusahaan *switcher* yang telah ditunjuk oleh bank *pooling* memiliki peranan penting untuk melakukan kerjasama dengan berbagai jenis moda dan mitra/*channel agent* pembayaran luran (bank *non pooling*, PPOB, *Fintech*, *E-Commerce*). Perluasan kanal pembayaran luran ini meliputi:

1. Kerja sama dengan bank *pooling*;
2. perubahan (penambahan/pengurangan/penggantian) perusahaan *switcher*; dan
3. penambahan mitra/*channel agent* pembayaran.

Kerja sama BPJS Kesehatan dengan bank *pooling* hanya dapat dilakukan dengan bank berstatus Badan Usaha Milik Negara (BUMN). Dalam melakukan kerja sama, BPJS Kesehatan mempertimbangkan beberapa hal, sekurang-kurangnya:

1. Fasilitas sistem informasi yang dimiliki (*Cash Management*, *E-Channel*);
2. jejaring kantor cabang yang tersebar di seluruh Indonesia; dan
3. tingkat kesehatan bank.

Adapun mekanisme kerja sama dengan bank *pooling* adalah sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan melakukan penjajakan dengan calon bank *pooling*;
2. Jenis kerja sama yang dapat dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan calon bank *pooling* adalah:
 - a. Perjanjian kerja sama tentang penerimaan luran;
 - b. Perjanjian kerja sama tentang *Payment Poin Online Banking* (PPOB); dan
 - c. Perjanjian kerja sama tentang *auto debit*.
3. BPJS Kesehatan menyusun masing-masing draft perjanjian kerja sama;
4. BPJS Kesehatan melakukan pembahasan draft perjanjian kerja sama dengan calon bank *pooling*;
5. BPJS Kesehatan dan calon bank *pooling* menandatangani kesepakatan perjanjian kerja sama;

6. BPJS Kesehatan dan bank *pooling* melakukan:

- a. Pengembangan sistem informasi terkait sistem pembayaran luran dan denda pelayanan;
- b. Uji coba sistem informasi terkait sistem pembayaran luran dan denda pelayanan;
- c. Implementasi sistem pembayaran luran dan denda pelayanan yang telah diujicobakan;
- d. Sosialisasi kepada peserta; dan
- e. Monitoring dan evaluasi penerimaan luran setiap periode yang disepakati (bulanan/triwulanan/semester/tahunan).

Perluasan kanal pembayaran luran dan denda pelayanan pada kanal non bank *pooling* dilakukan melalui kerja sama perusahaan *switcher* dengan mitra/*channel agent*. Kerja sama yang dilakukan antara bank *pooling* dengan perusahaan *switcher* mengatur tentang turunan kerja sama pelaksanaan *Payment Point Online Banking* (PPOB) yang telah dilaksanakan antara BPJS Kesehatan dengan bank *pooling*. Bank *pooling* memilih perusahaan *switcher* dengan memperhatikan beberapa syarat, sebagai berikut:

1. Memiliki jejaring kerja sama mitra/*channel agent* yang cukup luas dan merata di seluruh Indonesia;
2. memiliki pengalaman mengembangkan sistem pembayaran dengan berbagai perusahaan minimal 1 (satu) tahun; dan/atau
3. memiliki kapasitas sistem teknologi informasi yang handal yaitu memiliki *back up* sistem *Disaster Recovery Center* (DRC).

Setelah memenuhi persyaratan tersebut, maka bank *pooling* melakukan proses kerja sama dengan perusahaan *switcher*, dengan langkah sebagai berikut:

1. Bank *pooling* melakukan penjajakan kerja sama dengan calon perusahaan *switcher*;
2. Bank *pooling* menginformasikan calon perusahaan *switcher* yang akan ditetapkan sebagai mitra penyelenggara layanan PPOB kepada BPJS Kesehatan;
3. BPJS Kesehatan bersama bank *pooling* melakukan pendalaman profil calon *switcher*;
4. Bank *pooling* melakukan kerja sama dengan perusahaan *switcher* sekurang-kurangnya mengatur tentang:

- a. Mekanisme penerimaan luran;
 - b. Mekanisme *settlement* dana;
 - c. Mekanisme rekonsiliasi;
 - d. Biaya administrasi bank yang dikenakan kepada peserta;
 - e. Penanganan keluhan; dan
 - f. Jangka waktu kerja sama.
5. Bank pooling menyampaikan surat kepada BPJS Kesehatan untuk menginformasikan tentang kerja sama yang telah dilakukan dengan perusahaan switcher dan permohonan ijin untuk melakukan instalasi jaringan;
 6. BPJS Kesehatan melakukan koordinasi dengan perusahaan switcher untuk melakukan instalasi jaringan komunikasi pada server BPJS Kesehatan;
 7. BPJS Kesehatan, bank pooling dan perusahaan switcher melakukan diskusi terkait dokumen teknis yang digunakan dalam sistem pembayaran luran;
 8. Perusahaan switcher melakukan pengembangan spesifikasi teknis sistem pembayaran luran pada salah satu jejaring mitra/channel agent;
 9. BPJS Kesehatan, bank pooling dan perusahaan switcher melakukan uji coba dan mengimplementasikan sistem pembayaran luran pada mitra/channel agent; dan
 10. BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi penambahan mitra/channel agent kepada peserta.

Setiap *channel agent* hanya diperkenankan untuk bekerja sama dengan salah satu perusahaan *switcher*. Pengaturan kerja sama tersebut mempertimbangkan beberapa hal antara lain:

1. Mempercepat proses identifikasi dan penyelesaian masalah pembayaran luran yang bersumber pada mitra/*channel agent* tersebut; dan/atau
2. Mempermudah proses monitoring dan evaluasi transaksi pembayaran luran.

Dalam hal terdapat mitra/*channel agent* yang bekerja sama dengan lebih dari satu perusahaan *switcher*, maka BPJS Kesehatan berhak untuk:

1. Menyampaikan surat pemberitahuan kepada bank pooling atas pelanggaran yang dilakukan oleh mitra/*channel agent*;
2. Mengirimkan surat permohonan penutupan akses sistem pembayaran luran atas mitra/ *channel agent* tersebut kepada bank *pooling* maupun perusahaan *switcher*; dan

3. Melakukan evaluasi atas perbaikan yang telah dilakukan oleh mitra/*channel agent*.

D. Mekanisme Monitoring dan Evaluasi Kanal Pembayaran Iuran

Untuk memastikan kualitas kanal pembayaran iuran, maka BPJS Kesehatan melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi kanal pembayaran iuran secara periodik bersama mitra pembayaran setiap:

1. Semester; dan
2. Tahunan.

Sedangkan tujuan pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi kanal pembayaran iuran adalah:

- a. Memastikan kualitas mitra kanal pembayaran iuran BPJS Kesehatan;
 - b. Menganalisa sebaran dan ketersediaan kanal pembayaran iuran;
 - c. Menganalisa perkembangan transaksi kanal pembayaran iuran BPJS Kesehatan; dan
 - d. Mengevaluasi kinerja kanal pembayaran iuran BPJS Kesehatan.
1. Mekanisme monitoring moda pembayaran iuran, adalah sebagai berikut:
 - a. Perusahaan *switcher* mengirimkan laporan transaksi penerimaan iuran per mitra/*channel agent* kelolaannya paling lambat tanggal 5 setiap bulan;
 - b. BPJS Kesehatan mengumpulkan data transaksi penerimaan iuran per jenis bank *pooling* dan perusahaan *switcher* paling lambat tanggal 8 setiap bulan;
 - c. BPJS Kesehatan melakukan analisa terhadap:
 - 1). Transaksi penerimaan iuran; dan
 - 2). Jumlah penerimaan iuran.
 - d. Hasil analisa akan dijadikan data dan informasi dalam penyusunan:
 - 1). Laporan Pengelolaan Program (LPP);
 - 2). Laporan Manajemen;
 - 3). Strategi peningkatan penerimaan iuran; dan
 - 4). Strategi pengumpulan iuran.

Berdasarkan hasil monitoring moda pembayaran iuran tersebut, maka selanjutnya akan dilakukan:

- a. Penyampaian surat umpan balik kepada bank *pooling* atas kinerja masing-masing *switcher* dibawah kelolaannya setiap bulan;

- b. Penyampaian surat teguran terhadap perusahaan *switcher* yang bekerja sama dengan lebih dari 1 (satu) bank *pooling* maupun mitra/*channel agent* yang bekerja sama dengan lebih dari 1 (satu) perusahaan *switcher*; dan
 - c. Pemberian apresiasi kepada perusahaan *switcher* maupun mitra/*channel agent* yang memiliki kinerja terbaik setiap tahun.
- 2. Mekanisme evaluasi moda pembayaran luran, sebagai berikut:
 - a. BPJS Kesehatan mengumpulkan data *gap* transaksi pada data *realtime* dan data *file transfer protocol* (yang disingkat FTP), paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.
 - b. Melakukan analisa atas data *gap* transaksi pada data *realtime* dan data FTP dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1). Apabila *gap* transaksi antara data *realtime* dan data FTP $< 1\%$, maka ideal.
 - 2). Apabila *gap* transaksi data *realtime* dan data FTP $> 1\%$, maka perlu dilakukan perbaikan sistem maupun interkoneksi antara BPJS Kesehatan dengan perusahaan *switcher*.
 - c. Mengirimkan hasil analisa *gap* transaksi data *realtime* dan data FTP kepada mitra moda pembayaran luran (bank *pooling*/perusahaan *switcher*).
 - d. Melakukan diskusi terkait hasil analisa *gap* transaksi data *realtime* dan data FTP dengan mitra moda pembayaran luran dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas transaksi.
- 3. Mekanisme implementasi data *realtime* sebagai status lunas transaksi pada moda pembayaran luran, bertujuan untuk:
 - a. Memastikan proses aktivasi dan pelunasan tagihan peserta selaras (tidak ada *gap*);
 - b. Menurunkan keluhan peserta yang disebabkan oleh peserta sudah membayar luran namun status tagihannya belum lunas/aktif.

Adapun mekanisme implementasi data *realtime* sebagai status lunas transaksi adalah sebagai berikut:

- a. BPJS Kesehatan melakukan analisa terhadap mitra moda pembayaran luran yang memiliki *gap* transaksi data *realtime* dan data FTP $< 1\%$;
- b. Mitra moda pembayaran luran yang memiliki *gap* transaksi data *realtime* dan data FTP $< 1\%$ diusulkan untuk dilakukan *pilot project* implementasi data *realtime*;

- c. *Pilot project* dilakukan per kode *channel* baik itu bank *pooling* maupun perusahaan *switcher*;
- d. Jangka waktu dilakukannya *pilot project* adalah 3 s.d. 6 bulan;
- e. Setelah *pilot project* selesai dilakukan, BPJS Kesehatan dan mitra pembayaran luran melakukan evaluasi atas hasil luaran sebagai berikut:
 - 1). Apabila tingkat keluhan transaksi <1%, maka *pilot project* dinyatakan berhasil dan dapat diimplementasikan.
 - 2). Apabila tingkat keluhan transaksi >1%, maka *pilot project* dinyatakan gagal dan perlu dilakukan perpanjangan *pilot project*.

E. Mekanisme *Settlement* Penerimaan luran

Proses *settlement* penerimaan luran terbagi dalam 2 (dua) jenis yaitu:

- 1. *Settlement* yang dilakukan oleh bank *pooling*; dan
- 2. *Settlement* yang dilakukan oleh perusahaan *switcher*.

Pembedaan proses *settlement* pada bank *pooling* dan perusahaan *switcher* tersebut di dasarkan pada *cut off* transaksi penerimaan luran, antara lain:

- 1. *Cut off* transaksi penerimaan luran pada bank *pooling* dilakukan pada pukul 23.59 WIB. *Settlement* bersifat *realtime online* pada rekening *pooling* BPJS Kesehatan;
- 2. *Cut off* transaksi penerimaan luran pada perusahaan *switcher* dilakukan pada pukul 12.00 WIB dengan ketentuan *settlement* sebagai berikut:
 - a. Transaksi penerimaan luran yang terjadi pada pukul 12.01 WIB hari sebelumnya (H-1) sampai dengan pukul 12.00 WIB hari ini (H+0), maka *settlement* pada rekening *pooling* BPJS Kesehatan dilakukan paling lambat pada pukul 15.00 WIB hari ini (H+0);
 - b. Transaksi penerimaan luran yang terjadi pada pukul 12.01 WIB hari ini (H+0) sampai dengan pukul 12.00 WIB besok (H+1), maka *settlement* pada rekening *pooling* BPJS Kesehatan dilakukan paling lambat pukul 15.00 WIB besok (H+1).

BAB VI

MEKANISME PENDAFTARAN DAN PEMBAYARAN IURAN AUTO DEBIT

A. Ketentuan Umum

Program Auto debit luran BPJS Kesehatan memiliki karakteristik khusus yaitu:

1. Peserta auto debit luran hanya diperbolehkan menggunakan salah satu rekening bank/uang elektronik/mitra yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Dalam hal Peserta ingin pindah dari satu rekening bank/akun uang elektronik/mitra ke rekening/akun uang elektronik/mitra lainnya, Peserta melakukan perpindahan/ migrasi auto debit secara mandiri melalui menu yang tersedia pada aplikasi di kanal BPJS Kesehatan.
3. Pendaftaran auto debit berlaku untuk 1 (satu) keluarga.
Penambahan dan pengurangan Peserta auto debit dalam satu keluarga dilakukan dengan melakukan perubahan data Peserta pada sistem kepesertaan BPJS Kesehatan.
4. Pendebitan luran bersifat akumulatif untuk seluruh tagihan luran Peserta.

Jenis sumber pendebitan luran Peserta dapat berupa:

1. Rekening bank atas nama Peserta atau atas nama pihak lain yang memberikan kuasa kepada pihak bank/mitra agar melakukan pendebitan rekening untuk pembayaran luran atas nama Peserta JKN.
2. Kartu kredit atas nama Peserta atau pihak lain yang memberikan kuasa kepada pihak Bank/mitra agar melakukan pendebitan rekening untuk pembayaran luran atas nama Peserta JKN.
3. Uang elektronik atas nama Peserta atau pihak lain yang memberikan kuasa kepada pihak bank/mitra agar melakukan pendebitan rekening untuk pembayaran luran atas nama Peserta JKN.

B. Pendaftaran Auto Debit

Proses pendaftaran auto debit dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:

1. Mekanisme pendaftaran melalui kanal BPJS Kesehatan
Untuk mempermudah aksesibilitas pendaftaran auto debit luran JKN, BPJS Kesehatan menyediakan kanal pendaftaran auto debit, antara lain:

a. *Mobile JKN*

Mekanisme pendaftaran auto debit melalui *Mobile JKN* adalah sebagai berikut:

1). Peserta Baru:

- a). Calon Peserta memilih menu pendaftaran Peserta dan mengisi data kepesertaan yang dipersyaratkan;
- b). Pada halaman pendaftaran auto debit, calon Peserta memilih sumber rekening yang akan didebit yaitu Bank atau Non-Bank. Calon Peserta yang tidak memiliki nomor rekening bank dapat melakukan pembukaan rekening pada salah satu penyedia jasa uang elektronik yang terdapat pada pilihan Auto Debit Non-Bank;
- c). Calon Peserta memastikan bahwa nomor telepon yang dimasukkan pada pendaftaran auto debit sesuai dengan nomor telepon yang terdaftar pada e-banking (sms banking atau mobile banking). Hal ini sangat penting karena verifikasi dan otorisasi pendaftaran auto debit dilakukan secara realtime dengan sistem perbankan;
- d). Calon Peserta mendapatkan permintaan otorisasi berupa PIN (Personal Identification Number) maupun OTP (One Time Password). Dalam hal nomor rekening yang digunakan adalah milik orang lain (keluarga atau penanggung lainnya), maka otorisasi dan verifikasi masuk pada nomor telepon pemilik rekening tersebut;
- e). Calon Peserta mendapatkan e-mail status pendaftaran kepesertaan BPJS Kesehatan; dan
- f). Pembayaran iuran pertama oleh Calon Peserta dilakukan melalui auto debit.

2). Peserta Eksisting

- a). Peserta memilih menu pendaftaran auto debit.
- b). Peserta memilih sumber rekening yang akan didebit yaitu Bank atau Non Bank. Peserta yang tidak memiliki nomor rekening bank dapat melakukan pembukaan rekening pada salah satu penyedia jasa uang elektronik yang terdapat pada pilihan auto debit Non Bank.

- c). Peserta memastikan bahwa nomor telepon yang dimasukan pada pendaftaran auto debit sesuai dengan nomor telepon yang terdaftar pada e-banking (*sms banking* atau *mobile banking*). Hal ini sangat penting karena verifikasi dan otorisasi pendaftaran auto debit dilakukan secara *realtime* dengan sistem perbankan.
- d). Peserta mendapatkan permintaan otorisasi baik berupa PIN (*Personal Identification Number*) maupun OTP (*One Time Password*). Apabila nomor rekening yang digunakan adalah milik orang lain (keluarga dan penanggung lainnya), otorisasi dan verifikasi masuk pada nomor telepon pemilik rekening tersebut.
- e). Peserta mendapatkan *e-mail* status sukses pendaftaran *auto debit*.

b. Website BPJS Kesehatan

Mekanisme pendaftaran auto debit pada *website* BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1). Peserta memilih menu pendaftaran auto debit;
- 2). Peserta memilih sumber rekening yang akan didebit yaitu Bank atau Non Bank. Peserta yang tidak memiliki nomor rekening bank dapat melakukan pembukaan rekening pada salah satu penyedia jasa uang elektronik yang terdapat pada pilihan auto debit non bank;
- 3). Peserta memastikan bahwa nomor telepon yang dimasukan pada pendaftaran auto debit sesuai dengan nomor telepon yang terdaftar pada e-banking (*sms banking* atau *mobile banking*). Hal ini sangat penting karena verifikasi dan otorisasi pendaftaran auto debit dilakukan secara *realtime* dengan sistem perbankan;
- 4). Peserta akan mendapatkan permintaan otorisasi baik berupa PIN (*Personal Identification Number*) maupun OTP (*One Time Password*). Dalam hal nomor rekening yang digunakan adalah milik orang lain (keluarga atau penanggung lainnya), otorisasi dan verifikasi akan masuk pada nomor telepon pemilik rekening tersebut; dan
- 5). Peserta mendapatkan *e-mail* status sukses pendaftaran *auto debit*.

c. Kader JKN

Kader JKN dapat membantu pendaftaran auto debit melalui aplikasi (*Mobile JKN*, atau aplikasi lainnya yang menyediakan fitur pendaftaran auto debit), dengan mekanisme sebagai berikut:

- 1). Peserta atau pihak lain sebagai penanggung menghubungi Kader JKN di sekitar tempat tinggalnya;
- 2). Kader JKN memastikan nomor telepon Peserta atau pihak lain yang menjadi penanggung luran Peserta berstatus aktif;
- 3). Kader JKN menginput nomor telepon Peserta atau pihak lain yang menjadi penanggung luran Peserta pada menu pendaftaran auto debit;
- 4). Peserta mendapatkan permintaan otorisasi baik berupa PIN (*Personal Identification Number*) maupun OTP (*One Time Password*). Dalam hal nomor rekening yang digunakan adalah milik orang lain (keluarga dan penanggung lainnya), otorisasi dan verifikasi masuk pada nomor telepon pemilik nomor telepon tersebut; dan
- 5). Peserta mendapatkan SMS/*e-mail* status sukses pendaftaran auto debit.

d. Kantor Cabang BPJS Kesehatan

- 1). Peserta yang memiliki rekening bank diupayakan untuk melakukan pendaftaran auto debit secara *online* melalui Aplikasi Mobile JKN, *Website* BPJS Kesehatan, bagi semua jenis bank yang kartu debit/kreditnya berlogo VISA/Mastercard. Untuk pendaftaran secara *offline*, petugas agar memastikan kelengkapan berkas persyaratan auto debit bagi Peserta baru PBPU, peralihan ke Peserta PBPU dan BP mandiri perorangan serta perubahan rekening auto debit.
- 2). Peserta yang tidak memiliki rekening bank diarahkan untuk mendaftar auto debit melalui beberapa mitra uang elektronik (Finpay Money, DOKU Wallet, i-Saku, GOPAY atau DANA) melalui aplikasi Mobile JKN, Aplikasi GOPAY/DANA, USSD *141*999# (Finpay Money), USSD *141*222# (DOKU Wallet). Selanjutnya Peserta diberikan penjelasan untuk isi saldo/top up pada loket Pos (Finpay Money), Alfamart (Finpay Money, Gopay, DOKU), Pegadaian (Finpay Money).

- 3). Pengecekan berkas dan mengisi *check list* persyaratan disesuaikan dengan kebutuhan transaksi Peserta.
- 4). Pemberian informasi bahwa apabila berkas tidak lengkap maka Peserta diminta untuk melengkapi berkas terlebih dahulu.
- 5). Bagi Peserta yang melakukan pendaftaran auto debit secara *offline*, Peserta wajib mengisi Formulir Auto Debit (bagi transaksi pendaftaran dan peralihan ke Peserta PBPU dan BP mandiri perorangan maupun perubahan rekening auto debit bagi Peserta yang mempunyai rekening tabungan) atau menunjukkan bukti SMS USSD atau bukti telah terdaftar Finpay Money (*141*999#) atau DOKU Wallet (*141*222#)

e. PANDAWA

Peserta diedukasi untuk melakukan hal sebagai berikut:

- 1). Peserta yang memiliki rekening bank diupayakan untuk melakukan pendaftaran auto debit secara online melalui Aplikasi Mobile JKN, *Website* BPJS Kesehatan, bagi semua jenis bank yang kartu debit/kreditnya berlogo VISA/Mastercard.
- 2). Peserta yang tidak memiliki rekening bank diarahkan untuk mendaftar auto debit melalui beberapa mitra uang elektronik (Finpay Money, DOKU Wallet, i-Saku, GOPAY atau DANA) melalui aplikasi Mobile JKN, Aplikasi GOPAY/DANA, USSD *141*999# (Finpay Money), USSD *141*222# (DOKU Wallet). Selanjutnya Peserta diberikan penjelasan untuk isi saldo/*top up* pada loket Pos (Finpay Money), Alfamart (Finpay Money, Gopay, DOKU), Pegadaian (Finpay Money).

2. Pendaftaran melalui Kanal Bank / Mitra Auto Debit

BPJS Kesehatan secara intensif memperluas kerja sama dengan berbagai mitra perbankan/non bank untuk menyediakan fasilitas layanan auto debit luran BPJS Kesehatan. Pendaftaran melalui kanal bank/mitra auto debit dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Selain melalui kanal BPJS Kesehatan, Peserta dapat melakukan pendaftaran auto debit langsung melalui kanal bank/mitra non bank.
- b. Syarat dan tata cara pendaftaran auto debit melalui kanal bank/mitra mengacu pada ketentuan yang diatur oleh kanal bank/mitra auto debit.

- c. Pendaftaran auto debit dapat dilakukan oleh Peserta atau pihak lain yang bersedia memberikan kuasa pendebitan rekening untuk pembayaran luran JKN atas nama Peserta.

C. Pembayaran luran Melalui Auto Debit

Sistem pembayaran luran BPJS Kesehatan masih terdiri dari 2 (dua) metode yaitu auto debit dan non auto debit. Metode pembayaran luran melalui auto debit dilakukan melalui pembayaran secara terjadwal minimal 5x (lima kali) dalam sebulan (tanggal 5,10,15,20, 25/28). Mekanisme pembayaran luran melalui auto debit dilaksanakan sebagai berikut:

1. Sistem kanal bank/mitra auto debit melakukan penyandingan data tagihan luran dan saldo rekening/kartu kredit untuk memastikan ketersediaan dana untuk pendebitan luran JKN Peserta beserta keluarga.

Untuk memastikan auto debit luran JKN berjalan dengan lancar, Peserta diharapkan melakukan pengecekan saldo tagihan luran JKN pada kanal yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, seperti: *Mobile JKN*, menghubungi BPJS Kesehatan *Care Center* 165, atau melalui akses media resmi BPJS Kesehatan. Pengecekan tagihan luran dapat dilakukan setiap awal bulan antara tanggal 1-3 bagi Peserta PBPU eksisting atau hari ke-15 kalender bagi Peserta PBPU baru. Bagi Peserta PBPU yang telah menunggak luran, maka besar tagihan luran yang diproses pada saat auto debit dapat disimulasikan sebagai berikut:

Bapak Duta adalah Peserta JKN di kelas 1 yang memiliki 3 orang anggota keluarga, memiliki tunggakan luran bulan Januari sampai dengan Maret 2020. Saldo tabungan yang harus disediakan oleh Bapak Duta pada bulan April adalah:

Tagihan tunggakan luran:

(Januari – Maret 2020)	$(150.000 \times 4) \times 3$	= 1.800.000
Tagihan luran April	(150.000×4)	= <u>600.000 +</u>
		2.400.000
Biaya administrasi auto debit Bank xx		= <u>2.500 +</u>
Total		= 2.402.500

Maka saldo tabungan / uang elektronik / limit kartu kredit yang harus disediakan pada saat auto debit adalah Rp.2.402.500,-

2. Dalam hal saldo/limit sumber dana Peserta tidak mencukupi, Peserta melakukan penambahan saldo tabungan/uang elektronik/limit kartu kredit dengan cara sebagai berikut:
 - a. Rekening Tabungan
Pembayaran luran melalui auto debit tabungan dilakukan dengan memastikan saldo tabungan pada rekening yang didaftarkan untuk auto debit mencukupi atau minimal sebesar jumlah luran Peserta beserta keluarganya ditambah dengan biaya administrasi auto debit yang ditentukan oleh masing-masing kanal bank/mitra. Untuk melakukan pengisian saldo, Peserta menabung pada rekening tabungan yang didaftarkan atau melakukan transfer *online* antar bank.
 - b. Kartu Kredit
 - c. Pembayaran luran melalui auto debit kartu kredit dilakukan dengan memastikan sisa limit pada kartu kredit yang didaftarkan untuk auto debit mencukupi atau minimal sebesar jumlah luran Peserta beserta keluarganya ditambah dengan biaya administrasi auto debit yang ditentukan oleh masing-masing kanal bank/mitra. Penambahan saldo limit kartu kredit dapat dilakukan dengan membayar tagihan kartu kredit minimal sebesar tagihan luran JKN peserta sekeluarga. Untuk melakukan penambahan saldo limit kartu kredit dapat dilakukan melalui penyetoran langsung ke bank penerbit kartu kredit atau menu pembayaran kartu kredit pada berbagai kanal pembayaran kartu kredit.
 - d. Uang Elektronik
 - e. Pembayaran luran melalui auto debit uang elektronik dilakukan dengan memastikan saldo uang elektronik pada akun yang didaftarkan untuk auto debit mencukupi atau minimal sebesar jumlah luran Peserta beserta keluarganya ditambah dengan biaya administrasi auto debit yang ditentukan oleh masing-masing mitra. Untuk melakukan pengisian saldo, Peserta dapat mengisi melalui beberapa bank yang telah bekerja sama dengan penyedia uang elektronik maupun modern channel (Indomaret, Pos Indonesia, Alfamart, dan lain sebagainya).
3. Kanal Bank/Mitra auto debit luran melakukan penarikan (inquiry) data tagihan dari sistem BPJS Kesehatan.
4. Kanal Bank/Mitra auto debit luran melakukan pendebitan saldo rekening/limit kartu kredit sebesar tagihan luran Peserta beserta keluarga. Bagi Peserta yang

gagal debit akibat saldo yang tersedia tidak mencukupi, maka proses auto debit akan dilakukan pada tanggal pendebitan berikutnya.

5. Kanal Bank/mitra auto debit mengirimkan data FTP dan settlement dana sesuai dengan proses bisnis pembayaran luran.
6. Peserta mendapatkan notifikasi sukses debit melalui SMS/e-mail/push notif pada aplikasi yang disediakan oleh kanal bank/mitra auto debit.

D. Perpindahan Kanal Bank/Mitra Auto Debit

Perpindahan kanal bank/mitra auto debit dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Peserta mengakses kanal BPJS Kesehatan dan memilih menu migrasi auto debit.
2. Peserta menonaktifkan kepesertaan auto debit pada kanal bank/mitra auto debit sebelumnya dengan memasukkan nomor rekening (untuk rekening bank) atau nomor telepon (untuk akun uang elektronik) yang terdaftar pada kanal bank/mitra auto debit.
3. Peserta memilih kanal bank/mitra auto debit baru yang tersedia pada kanal BPJS Kesehatan.
4. Peserta memasukkan nomor rekening bank/nomor telepon yang didaftarkan pada sistem bank/mitra Auto Debit.
5. Peserta akan menerima sms OTP untuk verifikasi proses registrasi auto Debit.
6. Pendebitan luran akan dilakukan pada jadwal auto debit berikutnya.

E. Penonaktifan Auto Debit luran

Penonaktifan auto debit luran hanya diperuntukkan bagi Peserta PBPU dengan kategori sebagai berikut:

1. Peserta PBPU yang telah meninggal dunia dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan;
2. Peserta PBPU yang telah pindah segmen menjadi Peserta PPU maupun PBI; atau
3. Peserta PBPU yang tinggal di luar negeri dan dilaporkan ke BPJS Kesehatan.

Penonaktifan auto debit luran JKN Peserta bersifat otomatis ketika perubahan data Peserta telah diinput pada BPJS Kesehatan dan berlaku berlaku pada bulan berikutnya.

F. Perluasan Kerjasama

1. Tata Cara Perluasan Kerjasama

Perluasan kerjasama auto debit luran JKN dilakukan antara Kantor Pusat BPJS Kesehatan dengan bank/*fintech*/Lembaga Keuangan Non Bank/mitra strategis lainnya dengan alur sebagai berikut:

- a. UKPF Penagihan dan Keuangan mengirimkan permohonan surat urgensi kerja sama kepada UKPF Hubungan Antar Lembaga dan Regulasi untuk mengajukan kerja sama dengan calon mitra penyelenggara auto debit.
- b. UKPF Penagihan dan Keuangan mengirimkan draft perjanjian kerja sama penyelenggara auto debit kepada calon mitra penyelenggara auto debit.
- c. Kantor Pusat BPJS Kesehatan dan Kantor Pusat calon mitra penyelenggara auto debit melakukan pembahasan bersama atas draft perjanjian kerja sama tentang penyelenggaraan auto debit.
- d. Setelah konten perjanjian kerja sama disepakati, Direktur BPJS Kesehatan yang berwenang melakukan penandatanganan perjanjian kerja sama dengan Direktur calon mitra penyelenggara auto debit.
- e. UKPF Penagihan dan Keuangan memberikan dokumen teknis API (*Application Programming Interface*) auto debit luran Jaminan Kesehatan kepada mitra penyelenggara auto debit.
- f. Mitra penyelenggara auto debit melakukan pengembangan dokumen teknis API auto debit. Bagi mitra penyelenggara auto debit yang bekerja sama di bawah salah satu *switcher* bank *pooling* BPJS Kesehatan, maka pengembangan sistem auto debit luran Jaminan Kesehatan dikembangkan melalui *switcher* tersebut.
- g. Mitra penyelenggara auto debit menyerahkan hasil pengembangan dokumen teknis API auto debit luran JKN kepada UKPF Penagihan dan Keuangan.
- h. UKPF Penagihan dan Keuangan mengirimkan surat permohonan *business requirement* auto debit mitra tersebut kepada UKPF Sistem Perencanaan dan Pengembangan Teknologi Informasi (SPPTI).
- i. UKPF SPPTI melakukan pengembangan sistem auto debit mitra penyelenggara auto debit pada kanal *Mobile* JKN maupun kanal lainnya sesuai dengan permintaan dari UKPF Penagihan dan Keuangan.
- j. BPJS Kesehatan melakukan uji coba sistem auto debit bersama dengan mitra penyelenggara auto debit.

- k. Setelah uji coba berhasil dilakukan, UKPF SPPTI mengirimkan permohonan *deploy* kepada UKPF Operational Teknologi Informasi (OTI), sehingga sistem auto debit mitra penyelenggara auto debit dapat diperbarui pada IOS, *Playstore* maupun kanal lainnya.
 - l. UKPF SPPTI memberikan konfirmasi hasil *deploy* kepada UKPF Penagihan dan Keuangan.
 - m. UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan pemberitahuan kepada seluruh unit kerja BPJS Kesehatan maupun melalui media publikasi lainnya atas penambahan mitra penyelenggara auto debit.
2. Ruang Lingkup Kerja Sama Auto Debit
- Adapun ruang lingkup kerjasama dengan mitra penyelenggara auto debit adalah:
- a. Mekanisme pendaftaran layanan auto debit luran JKN, termasuk *business continuity plan* (BCP);
 - b. Pelaporan transaksi;
 - c. Promosi dan publikasi; dan
 - d. Program *Loyalty* yaitu memberikan tambahan *benefit* kepada Peserta program JKN agar mengikuti program *Auto Debit* sesuai dengan ketentuan.

G. Contingency Plan (Rencana Kontinjensi)

Dalam kondisi kanal pendaftaran *online* auto debit mengalami gangguan dalam waktu 1x24 jam, Peserta melakukan pendaftaran auto debit secara *offline*. Peserta wajib mengisi Formulir auto debit (bagi transaksi pendaftaran dan peralihan ke Peserta PBPU dan BP mandiri perorangan maupun perubahan rekening *auto debit* bagi Peserta yang mempunyai rekening tabungan) atau menunjukkan bukti SMS USSD atau bukti telah terdaftar Finpay Money (*141*999#) atau DOKU Wallet (*141*222#).

BAB VII

DENDA PELAYANAN AKIBAT KETERLAMBATAN PEMBAYARAN IURAN

A. Ketentuan Umum

1. Dalam hal Peserta dan/atau Pemberi Kerja tidak membayar iuran Jaminan Kesehatan sampai dengan akhir bulan berjalan, penjaminan Peserta diberhentikan sementara sejak tanggal 1 (satu) bulan berikutnya;
2. Pemberhentian sementara penjaminan Peserta berakhir dan status kepesertaan aktif kembali apabila Peserta:
 - a. membayar iuran bulan tertunggak paling banyak untuk waktu 24 (dua puluh empat) 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, Peserta atau Pemberi Kerja wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan yang diperolehnya;

B. Tata Cara Perhitungan Denda Pelayanan

1. Denda pelayanan sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) berdasarkan diagnosa dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dikenakan terhadap Peserta yang mengakses manfaat rawat inap tingkat lanjutan dalam waktu 45 hari sejak tunggakan dilunasi dengan ketentuan:
 - a. jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan
 - b. besar denda paling tinggi Rp30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).
2. Ketentuan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan dan denda pelayanan dikecualikan untuk Peserta:
 - a. PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - b. Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.
3. Denda pelayanan melekat pada segmen peserta saat memiliki tunggakan iuran, sehingga peserta tersebut yang telah beralih segmen dan melakukan

pembayaran atas tunggakan iuran untuk kepesertaan pada segmen sebelumnya, tidak dikenakan denda pelayanan.

Misalnya, Peserta PBPU yang beralih menjadi Peserta PPU BU dalam kondisi masih memiliki tunggakan sebagai peserta PBPU, jika membayar tunggakan iuran dan mengakses manfaat rawat inap tingkat lanjutan dalam waktu 45 hari sejak melunasi tunggakan, dan masih dalam status sebagai Peserta PPU BU yang telah lunas iurannya, tidak dikenakan denda.

4. Dalam hal terdapat peserta yang tidak jadi memanfaatkan pelayanan rawat inap dan telah membayar denda, maka denda tersebut dapat dibatalkan melalui aplikasi Andalan dan dapat dimintakan pengembaliannya kepada BPJS Kesehatan.

C. Tata Cara Pembayaran Denda Pelayanan

1. Denda dibayarkan sebelum Peserta mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta Rawat Inap di FKRTL;
2. Pembayaran denda dilakukan melalui nomor *Virtual Account* Peserta dan/atau Pemberi Kerja;
3. Pembayaran denda dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:
 - a. petugas FKRTL melakukan pengecekan status penangguhan penjaminan peserta di sistem informasi yang disediakan BPJS Kesehatan bagi peserta yang telah mendapatkan surat perintah rawat inap;
 - b. dalam hal pada sistem informasi yang disediakan BPJS Kesehatan terdapat pemberitahuan bahwa Peserta masih dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali, Peserta wajib membayar denda;
 - c. petugas FKRTL melakukan input data denda pelayanan Peserta pada sistem informasi yang disediakan BPJS Kesehatan;
 - d. petugas FKRTL menyerahkan informasi denda kepada Peserta, Keluarga, Penerima Kuasa atau Pemberi Kerja;
 - e. peserta, keluarga, Penerima Kuasa atau Pemberi Kerja melakukan pembayaran denda pelayanan pada kanal pembayaran iuran;
 - f. petugas FKRTL menerbitkan Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP); dan
 - g. peserta mendapatkan pelayanan rawat inap.

D. Batas Akhir Pembayaran Denda Pelayanan

Dalam hal Peserta atau Pemberi Kerja tidak melakukan pembayaran denda paling lama 3x24 jam hari kerja atau sebelum Peserta pulang apabila dirawat kurang dari 3 (tiga) hari, maka pelayanan rawat inap Peserta tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.

E. Tata Cara Pengembalian Denda Pelayanan

1. Pengembalian denda pelayanan dapat diajukan pada kondisi sebagai berikut:
 - a. Terhadap kelebihan pembayaran denda pelayanan sebelum penerbitan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang disebabkan terdapat selisih antara denda pelayanan menggunakan biaya pelayanan sesuai diagnosa awal dan diagnosa akhir dimana diagnosa akhir lebih kecil dibandingkan diagnosa awal maka dapat dilakukan pengembalian atas selisih pembayaran denda tersebut;
 - b. Peserta melakukan pembayaran denda pelayanan lebih dari satu kali;
 - c. Peserta telah melakukan pembayaran denda namun batal memperoleh pelayanan rawat inap; dan
 - d. Peserta PBPU menunggak yang telah beralih segmen menjadi PBI JK/PBPU Pemda/PPU yang telah membayar denda pelayanan.
2. Peserta yang mengajukan pengembalian denda pelayanan harus memberikan bukti bahwa telah membayar iuran pada bulan pengajuan pengembalian dana dilakukan.
3. Prosedur pengajuan pengembalian denda dilaksanakan dengan proses sebagai berikut:
 - a. Peserta mengajukan pengembalian denda pelayanan melalui loket Penyampaian Informasi dan Pengaduan Peserta (PIPP) di KC atau Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten/Kota;
 - b. di loket PIPP peserta diminta untuk mengisi surat permohonan pengembalian denda, berita acara pengembalian denda, dan melampirkan fotokopi Kartu Keluarga, KTP dan halaman depan buku rekening tabungan;
 - c. Petugas PIPP melakukan pengecekan kelengkapan berkas yang disampaikan;
 - d. Petugas PIPP menyampaikan berkas-berkas pengajuan pengembalian denda kepada Staf Penagihan;

- e. Staf Penagihan melakukan pengecekan kelengkapan berkas serta membuat rekapitulasi dan surat pengajuan pengembalian denda ke Kedeputian Wilayah untuk diteruskan ke Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen luran.
4. Mekanisme pengembalian denda pelayanan.
- a. Terhadap kelebihan pembayaran denda pelayanan sebelum penerbitan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang disebabkan terdapat selisih antara denda pelayanan menggunakan biaya pelayanan sesuai diagnosa awal dan diagnosa akhir dimana diagnosa akhir lebih kecil dibandingkan diagnosa awal maka dapat dilakukan pengembalian atas selisih pembayaran denda tersebut dengan mekanisme sebagai berikut:
 - 1). KC
 - a). menerima berkas pengajuan pengembalian pembayaran denda pelayanan dari Peserta/ahli waris/pihak yang diberi kuasa/Pemberi Kerja yang terdiri dari:
 - (1). Surat Pengajuan Pengembalian Pembayaran Denda Pelayanan ditandatangani Peserta/ahli waris/pihak yang diberi kuasa/Pemberi Kerja;
 - (2). Berita Acara pengembalian pembayaran denda yang ditandatangani di atas materai oleh Peserta/Pemberi Kerja atau pihak lain yang diberikan kuasa/ahli waris Peserta dalam hal Peserta meninggal, dengan KC BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan;
 - (3). Bukti pembayaran denda pelayanan
 - (4). Fotokopi kartu identitas pengaju (KTP, Kartu JKN Peserta, Kartu Keluarga (untuk pengajuan oleh anggota keluarga yang terdaftar dari 1 Kartu Keluarga), surat penunjukan sebagai perwakilan Badan Usaha (untuk pengajuan pengembalian pembayaran denda oleh Pemberi Kerja)
 - (5). Fotokopi lembar identitas pemilik rekening bank dari Peserta/ahli waris/orang diberi kuasa untuk menerima pengembalian denda pelayanan /Pemberi Kerja.
 - (6). Fotokopi Surat Keterangan Kematian dalam hal Peserta meninggal.

- b). melakukan verifikasi dan validasi atas data denda pelayanan dan kelengkapan berkas pengajuan sebagaimana pada butir a, dan mencatat hasil verifikasi dalam lembar verifikasi yang ditandatangani oleh verifikator, Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan, dan Kepala Cabang.
- c). memastikan bahwa Peserta/Pemberi Kerja telah membayar iuran sampai dengan bulan berjalan saat pengajuan pengembalian denda;
- d). melakukan rekapitulasi atas selisih denda pelayanan yang diusulkan untuk dikembalikan berdasarkan informasi pada Aplikasi Andalan;
- e). mengirimkan dokumen pengajuan pengembalian atas pembayaran denda pelayanan ke Kedeputan Wilayah melalui email, yang terdiri dari:
 - (1). Surat Pengajuan Pengembalian Pembayaran Denda yang ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (2). Berita Acara pengembalian pembayaran denda yang ditandatangani di atas meterai oleh Peserta/Pemberi Kerja atau pihak lain yang diberikan kuasa/ahli waris Peserta dalam hal Peserta meninggal, dengan pihak KC BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan;
 - (3). Rekapitulasi yang sekurang-kurangnya berisi informasi nomor Kartu Peserta dan/atau Kode BU, nama Peserta, kanal pembayaran, tanggal pembayaran, jumlah pembayaran denda pelayanan, nomor rekening dan nama rekening penerima pengembalian denda, keterangan alasan pengajuan pengembalian denda;
 - (4). Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPTJM) ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (5). Fotokopi lembar identitas pemilik rekening bank dari Peserta/ahli waris/orang diberi kuasa untuk menerima pengembalian denda pelayanan/Pemberi Kerja;
- f). KC bertanggung jawab atas kelengkapan dokumen dan kebenaran data denda yang diajukan untuk dikembalikan kepada Peserta/ahli waris/yang diberikan kuasa/Pemberi Kerja;

- g). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Kedeputian Wilayah adalah 3 (tiga) hari kerja setelah dokumen diterima lengkap di KC.

2). Kedeputian Wilayah

- a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran denda pelayanan dari KC;
- b). Melakukan verifikasi dan validasi atas kelengkapan berkas dan rekapitulasi pengajuan sebagaimana pada butir a.
- c). Membuat Surat Perintah Membayar kepada unit kerja pelaksana fungsi manajemen luran di Kantor Pusat;
- d). Mengirimkan dokumen pengajuan pengembalian pembayaran denda pelayanan ke Kantor Pusat c.q. unit kerja pelaksana fungsi manajemen luran melalui email dengan kelengkapan:
 - (1). Surat Permohonan Pengembalian Pembayaran Denda Pelayanan ditandatangani Kepala Kantor;
 - (2). Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPTJM) ditandatangani Kepala Kantor;
 - (3). Rekapitulasi pengajuan pengembalian denda pelayanan ditandatangani Kepala Kantor ; dan
 - (4). Fotokopi lembar identitas pemilik rekening bank dari Peserta/ahli waris/orang diberi kuasa untuk menerima pengembalian denda pelayanan /Pemberi Kerja.
- e). Kedeputian Wilayah bertanggung jawab atas kesesuaian rekapitulasi data dan kelengkapan berkas pengajuan untuk diajukan ke Kantor Pusat sebagaimana pada butir d;
- f). Batas akhir pengajuan pengembalian penerimaan denda pelayanan ke Kantor Pusat adalah 3 (tiga) hari kerja setelah berkas diterima lengkap dari KC.

3). Unit Kerja Pelaksana Fungsi Manajemen Luran

- a). menerima Permohonan Pengembalian Pembayaran Denda Pelayanan dari Kedeputian Wilayah;
- b). melakukan validasi data pembayaran denda pelayanan yang atas usulan pengembalian kelebihan pembayaran denda;

- c). membuat Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan pengembalian pembayaran denda dari Kedeputan Wilayah dengan kelengkapan:
 - (1). Surat Perintah Membayar ditandatangani Kepala Kantor Wilayah;
 - (2). Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPTJM) ditandatangani Kepala Kantor;
 - (3). Rekapitulasi pengajuan pengembalian denda pelayanan ditandatangani Kepala Kantor; dan
 - (4). Fotokopi lembar identitas pemilik rekening bank dari Peserta/ahli waris/orang diberi kuasa untuk menerima pengembalian denda pelayanan /Pemberi Kerja.
- d). menyampaikan umpan balik atau konfirmasi atas pengajuan pengembalian pembayaran denda yang sudah dilakukan ke Kedeputan Wilayah;
- e). batas akhir pengajuan pengembalian penerimaan denda ke UKPF Treasury dan Investasi adalah 6 (enam) hari kerja setelah berkas diterima lengkap dari Kedeputan Wilayah.
- 4). Unit Kerja Pelaksana Fungsi Treasury dan Investasi
 - a). menerima Surat Perintah Membayar dari UKPF Manajemen Luran;
 - b). membuat surat ke Bank untuk melakukan pemindahbukuan ke rekening sesuai usulan berdasarkan pengajuan pengembalian pembayaran denda yang dilakukan KC;
 - c). menyampaikan umpan balik kepada UKPF Manajemen Luran atas pengajuan pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan; dan
 - d). batas akhir pengembalian pembayaran denda pelayanan oleh UKPF Treasury dan Investasi adalah 3 (tiga) hari setelah berkas diterima lengkap dari UKPF Manajemen Luran.
- b. Apabila Peserta melakukan pembayaran denda pelayanan lebih dari satu kali
 - 1). KC
 - a). Menerima permohonan pengembalian dari Peserta/ Pemberi Kerja dengan kelengkapan yaitu:
 - (1). Surat Permohonan dari Peserta/ Pemberi Kerja;

- (2). Bukti Pembayaran Denda; dan
- (3). Fotokopi Buku Tabungan/rekening koran dari Peserta/ Pemberi Kerja;
- b). Memastikan bahwa Peserta/Pemberi Kerja yang mengajukan permohonan pengembalian denda pelayanan telah membayar iuran sampai dengan bulan berjalan saat pengajuan.
- c). Melakukan verifikasi atas berkas pada butir a, dan melakukan validasi pembayaran denda dengan membandingkan bukti pembayaran dengan data pembayaran denda pada Aplikasi Andalan.
- d). Mengirimkan dokumen pengajuan pengembalian pembayaran denda ke Kedeputian Wilayah yaitu:
 - (1). Surat Pengantar yang ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (2). Berita Acara pengembalian pembayaran denda yang ditandatangani oleh KC BPJS Kesehatan dan Peserta/ Pemberi Kerja;
 - (3). Dokumen pengajuan dari Peserta/Pemberi Kerja sesuai huruf a.
- e). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Kedeputian Wilayah adalah 3 (tiga) hari setelah berkas pengajuan diterima lengkap dari Peserta/Pemberi Kerja.
- 2). Kedeputian Wilayah
 - a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari KC.
 - b). Membuat Surat Perintah Membayar pengembalian pembayaran denda yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah.
 - c). Mengirimkan dokumen pengajuan pengembalian pembayaran denda yang terdiri dari:
 - (1). Surat Perintah Membayar pengembalian pembayaran denda;
 - (2). Rekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari KC;
 - (3). Dokumen pengajuan dari KC.
 - d). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Pusat adalah 3 (tiga) hari setelah berkas diterima lengkap dari KC.

3). UKPF Manajemen Iuran

- a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari Kedeputan Wilayah.
- b). Membuat Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan dari Kedeputan Wilayah.
- c). Mengirimkan umpan balik ke Kedeputan Wilayah atas pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan.
- d). Batas akhir pengajuan pengembalian ke UKPF Treasury dan Investasi adalah 6 (enam) hari setelah berkas diterima lengkap dari Kedeputan Wilayah.

4). UKPF Treasury dan Investasi

- a). Menerima Surat Perintah Bayar pengembalian pembayaran denda dari UKPF Manajemen Iuran.
- b). Membuat surat perintah ke Bank untuk melakukan pemindahbukuan ke rekening Peserta/Pemberi Kerja berdasarkan pengajuan pengembalian pembayaran denda.
- c). Mengirimkan umpan balik ke UKPF Manajemen Iuran atas pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan.
- d). Batas akhir pengembalian di UKPF Treasury dan Investasi adalah 3 (tiga) hari sejak berkas diterima lengkap dari UKPF Manajemen Iuran.

c. Apabila Peserta/ Pemberi Kerja telah melakukan pembayaran denda namun batal memperoleh pelayanan rawat inap.

1). KC

- a). Menerima pengajuan pengembalian denda pelayanan dari Peserta dengan kelengkapan:
 - (1). Surat Permohonan dari Peserta;
 - (2). Bukti bahwa peserta batal memperoleh pelayanan rawat inap;
 - (3). Bukti bayar denda pelayanan denda;
 - (4). Fotokopi buku tabungan peserta.
- b). Staf KC memastikan:
 - (1). Bahwa peserta benar-benar tidak memperoleh pelayanan rawat inap;
 - (2). Memeriksa kesesuaian antara bukti pembayaran dan data pembayaran denda pada Aplikasi Andalan;

- (3).Memastikan bahwa Peserta/Pemberi Kerja yang mengajukan permohonan pengembalian denda pelayanan telah membayar iuran sampai dengan bulan berjalan saat pengajuan.
 - c). Membuat Berita Acara pengembalian pembayaran denda pelayanan yang ditandatangani oleh Peserta dan BPJS Kesehatan.
 - d). Merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda pelayanan.
 - e). Mengirimkan pengajuan pengembalian pembayaran denda ke Kedeputian Wilayah dengan kelengkapan:
 - (1). Surat pengantar yang ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (2). Rekapitulasi pengajuan pembayaran pembayaran denda;
 - (3). Berita Acara pengembalian pembayaran denda; dan
 - (4). Dokumen pendukung sesuai poin a.
 - f). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Kedeputian Wilayah adalah 3 (tiga) hari setelah berkas pengajuan diterima lengkap dari Peserta/ Pemberi Kerja.
- 2). Kedeputian Wilayah
- a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari KC.
 - b). Membuat Surat Perintah Membayar pengembalian pembayaran denda yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah.
 - c). Mengirimkan dokumen pengajuan pengembalian pembayaran denda yang terdiri dari:
 - (1). Surat Perintah Membayar pengembalian pembayaran denda;
 - (2). Rekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari KC; dan
 - (3). Dokumen pengajuan dari KC.
 - d). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Pusat adalah 3 (tiga) hari setelah berkas diterima lengkap dari KC.
- 3). UKPF Manajemen Iuran
- a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari Kedeputian Wilayah.
 - b). Membuat Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan dari Kedeputian Wilayah.

- c). Mengirimkan umpan balik ke Kedeputan Wilayah atas pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan.
 - d). Batas akhir pengajuan pengembalian ke UKPF Treasury dan Investasi adalah 6 (enam) hari setelah berkas diterima lengkap dari Kedeputan Wilayah.
- 4). UKPF Treasury dan Investasi
 - a). Menerima Surat Perintah Bayar pengembalian pembayaran denda dari UKPF Manajemen luran.
 - b). Membuat surat perintah ke Bank untuk melakukan pemindahbukuan ke rekening Peserta/Pemberi Kerja berdasarkan pengajuan pengembalian pembayaran denda.
 - c). Mengirimkan umpan balik ke UKPF Manajemen luran atas pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan.
 - d). Batas akhir pengiriman surat perintah membayar ke Bank atas pengembalian dana iuran dari UKPF Treasury dan Investasi adalah 3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima lengkap dari UKPF Manajemen luran.
- d. Apabila terjadi kesalahan dalam penginputan data peserta yang menerima layanan rawat inap.
 - 1). KC
 - a). Menerima pengajuan pengembalian denda pelayanan dari Peserta dengan kelengkapan:
 - (1). Surat Permohonan dari Peserta;
 - (2). Bukti bahwa terjadi kesalahan penginputan data peserta;
 - (3). Bukti bayar denda pelayanan; dan
 - (4). Fotokopi buku tabungan peserta.
 - b). Petugas KC memastikan:
 - (1). Bahwa benar terjadi kesalahan pada proses penginputan data peserta;
 - (2). Melakukan kesesuaian antara bukti pembayaran dan data pembayaran denda pada Aplikasi Andalan.
 - (3). Memastikan bahwa Peserta/Pemberi Kerja yang mengajukan permohonan pengembalian denda pelayanan telah membayar iuran sampai dengan bulan berjalan saat pengajuan.

- c). Membuat Berita Acara pengembalian pembayaran denda pelayanan yang ditandatangani oleh Peserta dan BPJS Kesehatan.
 - d). Merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda pelayanan.
 - e). Mengirimkan pengajuan pengembalian pembayaran denda ke Kedeputan Wilayah dengan kelengkapan:
 - (1). Surat pengantar yang ditandatangani oleh Kepala Cabang;
 - (2). Rekapitulasi pengajuan pembayaran denda;
 - (3). Berita Acara pengembalian pembayaran denda; dan
 - (4). Dokumen pendukung sesuai poin 1.
 - f). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Kedeputan Wilayah adalah 3 (tiga) hari setelah berkas pengajuan diterima lengkap dari Peserta/ Pemberi Kerja.
- 2). Kedeputan Wilayah
- a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari KC.
 - b). Membuat Surat Perintah Membayar pengembalian pembayaran denda yang ditandatangani oleh Deputi Wilayah.
 - c). Mengirimkan dokumen pengajuan pengembalian pembayaran denda yang terdiri dari:
 - (1). Surat Perintah Membayar pengembalian pembayaran denda;
 - (2). Rekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari KC;
 - (3). Dokumen pengajuan dari KC.
 - d). Batas akhir pengajuan pengembalian ke Kantor Pusat adalah 3 (tiga) hari setelah berkas diterima lengkap dari KC.
- 3). UKPF Manajemen luran
- a). Menerima dan merekapitulasi pengajuan pengembalian pembayaran denda dari Kedeputan Wilayah.
 - b). Membuat Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan dari Kedeputan Wilayah.
 - c). Mengirimkan umpan balik ke Kedeputan Wilayah atas pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan.

- d). Batas akhir pengajuan pengembalian ke UKPF Treasury dan Investasi adalah 6 (enam) hari kerja setelah berkas diterima lengkap dari Kedeputian Wilayah.

4). UKPF Treasury dan Investasi

- a). Menerima Surat Perintah Bayar pengembalian pembayaran denda dari UKPF Manajemen luran.
 - b). Membuat surat perintah ke Bank untuk melakukan pemindahan dana ke rekening Peserta/ Pemberi Kerja berdasarkan pengajuan pengembalian pembayaran denda.
 - c). Mengirimkan umpan balik ke UKPF Manajemen luran atas pengembalian pembayaran denda yang telah dilakukan.
 - d). Batas akhir pengiriman surat pengembalian denda dari UKPF Treasury dan Investasi ke rekening Peserta/Pemberi Kerja adalah 3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima lengkap dari UKPF Manajemen luran.
- e. Apabila peserta beralih jenis atau segmen kepesertaan, maka kelebihan pembayaran denda akan melekat pada segmen peserta pada saat peserta tersebut dikenakan denda. Misalnya, peserta PBPU yang terkena denda dan masih memiliki kelebihan pembayaran denda, diketahui pindah segmen kepesertaan menjadi peserta PPU BU, maka kelebihan pembayaran denda tersebut melekat pada *Virtual Account (VA)* PBPU-nya.

5. Pengembalian atas denda pelayanan yang diterima tahun sebelumnya.

Dalam hal pengajuan pengembalian denda pelayanan diterima atas denda pelayanan yang dibayar oleh Peserta/Pemberi Kerja pada tahun sebelumnya, UKPF Manajemen luran di Kantor Pusat memberikan keterangan terkait hal tersebut dalam surat permohonan pengembalian (*refund*) denda pelayanan untuk kepentingan pencatatan transaksi keuangan oleh UKPF Akuntansi.

F. Penyelesaian Denda Akhir

Peserta atau Pemberi Kerja yang terkena denda sebelum berlakunya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 masih dikenakan ketentuan denda akhir.

1. Penagihan Kekurangan Denda Akhir

Dalam hal terjadi kekurangan pembayaran denda yang dilakukan oleh Peserta atau Pemberi Kerja akibat selisih biaya yang timbul dari perhitungan diagnosa

awal dan diagnosa akhir, maka proses penagihannya di KC diatur sebagai berikut:

- a. pada saat penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), bagi peserta yang terkena denda pelayanan akan muncul tanda (*flag*) bahwa peserta akan dihitung kembali denda pelayanan berdasarkan diagnosa akhir;
- b. setelah klaim pelayanan kesehatan rawat inap dari rumah sakit selesai diverifikasi, maka register klaim akan masuk ke Branch Office Application (BOA) untuk kemudian disetujui (*approve*) oleh Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan (PMR) pada menu Persetujuan klaim pada bagian Denda Pelayanan RITL;
- c. setelah memperoleh persetujuan Bidang PMR, maka secara otomatis sistem akan menghitung kelebihan/kekurangan pembayaran denda. Hasil perhitungan tersebut akan masuk ke user Staf Penagihan untuk mendapatkan persetujuan realisasi denda diagnosa akhir;
- d. setelah memperoleh persetujuan Staf Penagihan, realisasi denda diagnosa akhir akan masuk ke user Kabid. Penagihan dan Keuangan untuk mendapatkan persetujuan;
- e. setelah memperoleh persetujuan Kabid. Penagihan dan Keuangan, maka secara otomatis akan terbentuk laporan denda diagnosa akhir. Apabila denda diagnosa akhir lebih besar dari denda diagnosa awal yang telah dibayarkan oleh peserta, maka dalam sistem akan terbentuk kekurangan pembayaran denda yang tagihannya akan masuk ke kanal pembayaran;
- f. selanjutnya Staf Penagihan mengunduh (*download*) laporan denda diagnosa akhir dan tagihan (*billing*) denda diagnosa akhir pada Aplikasi Andalan;
- g. staf penagihan berkoordinasi dengan Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta untuk menghubungi peserta (PBPU) atau pemberi kerja (PPU) untuk memberitahukan dan menagih denda diagnosa akhir;
- h. untuk peserta PPU, pembayaran denda diagnosa akhir dilakukan oleh pemberi kerja;
- i. khusus untuk peserta PBPU, pembayaran denda diagnosa akhir dapat dilakukan dengan menicil sebanyak tiga kali sesuai kesepakatan pada saat pengisian formulir *informed concent*;
- j. staf penagihan mengirimkan tagihan denda diagnosa akhir kepada peserta atau pemberi kerja melalui *e-mail*;

- k. staf penagihan memantau pembayaran denda diagnosa akhir melalui Aplikasi Andalan dengan melihat riwayat pembayaran denda;
- l. apabila peserta atau pemberi kerja belum melakukan pembayaran denda diagnosa akhir, maka Staf Penagihan menghubungi peserta atau pemberi kerja untuk mengingatkan kembali agar segera melakukan pembayaran denda diagnosa akhir baik cicilan maupun pelunasan; dan
- m. apabila peserta beralih jenis atau segmen kepesertaan, maka tagihan denda akan melekat pada segmen peserta pada saat peserta tersebut dikenakan denda. Misalnya peserta PBPU yang terkena denda dan masih memiliki kekurangan pembayaran denda, diketahui pindah segmen kepesertaan menjadi peserta PPU BU, maka tagihan denda tersebut melekat pada VA PBPU-nya.

2. Mekanisme Pengembalian Kelebihan Denda Akhir

Dalam hal terjadi kelebihan pembayaran denda yang dilakukan oleh peserta atau pemberi kerja akibat selisih biaya yang timbul dari perhitungan diagnosa awal dan diagnosa akhir, maka proses pengembaliannya di KC diatur sebagai berikut:

- a. pada saat penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), bagi peserta yang terkena denda pelayanan akan muncul tanda (*flag*) bahwa peserta akan dihitung kembali denda pelayanan berdasarkan diagnosa akhir;
- b. setelah klaim pelayanan kesehatan rawat inap dari rumah sakit selesai diverifikasi, maka register klaim akan masuk ke *Branch Office Application* (BOA) untuk kemudian disetujui (*approve*) oleh Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan (PMR) pada menu Persetujuan klaim pada bagian Denda Pelayanan RITL;
- c. setelah memperoleh persetujuan Bidang PMR, maka secara otomatis sistem akan menghitung kelebihan/kekurangan pembayaran denda. Hasil perhitungan tersebut akan masuk ke user Staf Penagihan untuk mendapatkan persetujuan realisasi denda diagnosa akhir;
- d. setelah memperoleh persetujuan Staf Penagihan, realisasi denda diagnosa akhir akan masuk ke *user* Kabid. Penagihan dan Keuangan untuk mendapatkan persetujuan;
- e. setelah memperoleh persetujuan Kabid. Penagihan dan Keuangan, maka secara otomatis akan terbentuk laporan denda diagnosa akhir. Apabila denda diagnosa akhir lebih kecil dari denda diagnosa awal yang telah

dibayarkan oleh peserta, maka dalam sistem akan terbentuk kelebihan pembayaran denda;

- f. selanjutnya Staf Penagihan mengunduh (*download*) laporan denda diagnosa akhir dan kelebihan pembayaran pada Aplikasi Andalan;
- g. staf Penagihan mengirimkan laporan kelebihan pembayaran denda diagnosa akhir ke Deputy Direksi Wilayah (c.q. Asisten Deputy Bidang Monitoring dan Evaluasi);
- h. Deputy Direksi Wilayah melakukan rekapitulasi kelebihan pembayaran denda dan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) kemudian mengirimkannya ke Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Luran;
- i. UKPF Manajemen Luran melakukan verifikasi atas usulan pengembalian kelebihan pembayaran denda dan melakukan umpan balik atau konfirmasi kepada Deputy Direksi Wilayah (bila diperlukan);
- j. selanjutnya UKPF Manajemen Luran membuat surat pengantar yang ditujukan kepada UKPF Treasury dan Investasi;
- k. UKPF Treasury dan Investasi melakukan proses transfer ke rekening Peserta;
- l. batas waktu pengembalian kelebihan pembayaran denda diagnosa akhir paling lambat 15 (lima belas hari) hari kerja sejak berkas diterima lengkap dari peserta oleh KC;
- m. apabila peserta beralih jenis atau segmen kepesertaan, maka kelebihan pembayaran denda akan melekat pada segmen peserta pada saat peserta tersebut dikenakan denda. Misalnya peserta PBPU yang terkena denda dan masih memiliki kelebihan pembayaran denda, diketahui pindah segmen kepesertaan menjadi peserta PPU BU, maka kelebihan pembayaran denda tersebut melekat pada VA PBPU-nya.

BAB VIII

MEKANISME PENGELOLAAN PAJAK ROKOK SEBAGAI KONTRIBUSI UNTUK PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

A. Ketentuan Umum Pengelolaan Pajak Rokok

Berdasarkan Peraturan Presiden RI Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 99, Pemerintah Daerah wajib mendukung penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan melalui kontribusi dari Pajak Rokok bagian hak masing-masing daerah provinsi/kabupaten/kota. Secara teknis mekanisme pengelolaan Pajak Rokok diatur melalui Peraturan Menteri Keuangan Nomor 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok Sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan, Pemerintah Pusat c.q. Kementerian Keuangan RI akan membantu menjaga kesinambungan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat melalui pemotongan Pajak Rokok. Kontribusi Pajak Rokok ditetapkan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari 50% (lima puluh persen) atau sebesar 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen) dari realisasi penerimaan yang bersumber dari Pajak Rokok masing-masing provinsi/kabupaten/kota. Pemotongan Pajak Rokok memperhitungkan Jaminan Kesehatan Daerah yang terintegrasi dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan mulai periode penyeteroran triwulan ketiga tahun 2018. Pemotongan Pajak Rokok dilakukan terhadap:

1. Pemerintah daerah dengan anggaran Jaminan Kesehatan Daerah, kontribusi luran dan bantuan luran (provinsi/kabupaten/kota) kurang dari kontribusi Pajak Rokok untuk Program JKN-KIS yaitu sebesar 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen) dari realisasi Pajak Rokok masing-masing provinsi/kabupaten/kota;
2. Pemerintah provinsi yang tidak menyampaikan kompilasi berita acara kesepakatan yang memuat rencana penerimaan Pajak Rokok dan rencana anggaran Jaminan Kesehatan Daerah yang diintegrasikan ke BPJS Kesehatan.

B. Mekanisme Pemotongan

Mekanisme pemotongan penerimaan Pajak Rokok untuk disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Apabila anggaran jaminan kesehatan, kontribusi iuran dan bantuan iuran pemerintah provinsi/kabupaten/kota yang tercantum dalam kompilasi berita acara yang diserahkan oleh pemerintah provinsi sebesar 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen) atau lebih, tidak dilakukan pemotongan Pajak Rokok;
2. Apabila anggaran jaminan kesehatan, kontribusi iuran dan bantuan iuran pemerintah provinsi/kabupaten/kota yang tercantum dalam kompilasi berita acara yang diserahkan oleh pemerintah provinsi sebesar kurang dari 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen) pemotongan Pajak Rokok dilakukan sebesar selisih kurang dari 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen);
3. Apabila pemerintah provinsi tidak menyampaikan kompilasi berita acara kesepakatan dikenakan pemotongan Pajak Rokok sebesar 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen).

C. Perencanaan dan Penganggaran Kontribusi Daerah

Pemerintah daerah merencanakan dan menganggarkan kontribusi untuk mendukung program Jaminan Kesehatan dan dikoordinasikan dengan BPJS Kesehatan setiap awal tahun, untuk itu perlu dilakukan Rapat Koordinasi Perencanaan dan Penganggaran Kontribusi Daerah, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Kedeputian Wilayah dan/atau KC menyampaikan pemberitahuan/undangan rapat koordinasi kepada Gubernur/Bupati/Wali Kota;
2. Isi pemberitahuan/undangan rapat koordinasi antara lain memuat:
 - a. Pemerintah provinsi/kabupaten/kota menyiapkan Rencana Anggaran Kontribusi Penerimaan Pajak Rokok untuk mendukung program Jaminan Kesehatan;
 - b. Pemerintah provinsi/kabupaten/kota menyiapkan Anggaran Jaminan Kesehatan Daerah yang diintegrasikan ke dalam program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan BPJS Kesehatan;
 - c. Waktu dan tempat pelaksanaan rapat koordinasi; dan
 - d. Permintaan surat penunjukan pejabat yang menandatangani berita acara kesepakatan dari Gubernur/Bupati/Wali Kota, dalam hal berita acara kesepakatan ditandatangani oleh pejabat yang ditunjuk.
3. Kedeputian Wilayah dan/atau KC agar memastikan :
 - a. Gubernur/Bupati/Wali kota telah menerima surat pemberitahuan/undangan dan memperoleh konfirmasi kehadirannya; dan

- b. Memastikan pejabat yang ditunjuk dalam koordinasi penganggaran;
- 4. Kedeputian Wilayah dan/atau KC agar memastikan Gubernur/Bupati/Wali kota telah menerima surat pemberitahuan dan memperoleh konfirmasi kehadirannya atau pejabat yang ditunjuk dalam koordinasi penganggaran.
- 5. Dalam hal belum diperoleh konfirmasi dari Gubernur/Bupati/Wali Kota atau pejabat yang ditunjuk, maka Kedeputian Wilayah dan/atau KC menyampaikan:
 - a. Surat Pemberitahuan II, 3 (tiga) hari kerja setelah Surat Pemberitahuan I; dan
 - b. Surat Pemberitahuan III, 3 (tiga) hari kerja setelah Surat Pemberitahuan II;
- 6. Hasil koordinasi penganggaran kontribusi daerah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan Gubernur/Bupati/Wali kota dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan yang memuat:
 - a. Rencana penerimaan Pajak Rokok;
 - b. Rencana anggaran jaminan kesehatan daerah yang diintegrasikan ke BPJS Kesehatan, kontribusi dan bantuan iuran; dan
 - c. Berita Acara ditandatangani oleh kepala daerah atau pejabat yang ditunjuk dengan Deputi Direksi Wilayah atau Kepala Cabang BPJS Kesehatan.
- 7. KC menyampaikan Berita Acara Kesepakatan kepada Kedeputian Wilayah.
- 8. Dalam hal pemerintah provinsi/kabupaten/kota:
 - a. Tidak bersedia melakukan koordinasi, setelah disampaikan pemberitahuan sebanyak 3 (tiga) kali, maka Kedeputian Wilayah dan/atau KC membuat Surat Pernyataan;
 - b. Tidak menyepakati hasil rekonsiliasi, namun pemerintah daerah bersedia menandatangani Berita Acara atas ketidaksepakatan tersebut, maka Kedeputian Wilayah dan/atau KC membuat Berita Acara Ketidaksepakatan; atau
 - c. Tidak bersedia menandatangani Berita Acara Kesepakatan/Ketidaksepakatan, maka Kedeputian Wilayah dan/atau KC membuat Surat Pernyataan.
- 9. Berita Acara Kesepakatan/Ketidaksepakatan dibuat 3 (tiga) rangkap masing-masing bermeterai cukup, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Dua rangkap dengan tanda tangan Gubernur/Bupati/Wali Kota atau pejabat yang ditunjuk diatas meterai; dan
 - b. Satu rangkap dengan tanda tangan Kepala Cabang di atas meterai;

10. KC menyampaikan Berita Acara Kesepakatan/Ketidaksepakatan kepada Kedeputan Wilayah.
11. Kedeputan Wilayah menyampaikan rekapitulasi Berita Acara Kesepakatan/Ketidaksepakatan kepada pemerintah provinsi paling lambat akhir bulan Maret.

D. Penyetoran Potongan Pajak Rokok

Tata cara penyetoran Pajak Rokok dari Kementerian Keuangan kepada BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Menteri Keuangan selaku Bendahara Umum Negara merupakan Pengguna Anggaran atas pemotongan dan penyetoran hasil pemotongan Pajak Rokok;
2. Menteri Keuangan menunjuk Direktur Jenderal Perimbangan Keuangan untuk melaksanakan fungsi Pengguna Anggaran atas pemotongan penerimaan Pajak Rokok dan penyetoran hasil pemotongan Pajak Rokok ke rekening BPJS Kesehatan;
3. Menteri Keuangan menunjuk Direktur Kapasitas dan Pelaksanaan Transfer selaku Kuasa Pengguna Anggaran atas pemotongan penerimaan Pajak Rokok dan penyetoran hasil pemotongan Pajak Rokok ke rekening BPJS Kesehatan yang sekaligus merupakan Kuasa Pengguna Anggaran pemungutan dan penyetoran Pajak Rokok;
4. Dalam hal Direktur Kapasitas dan Pelaksanaan Transfer berhalangan tetap, Menteri Keuangan menunjuk Sekretaris Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan selaku Kuasa Pengguna Anggaran atas pemotongan penerimaan Pajak Rokok dan penyetoran hasil pemotongan Pajak Rokok ke rekening BPJS Kesehatan;
5. Penyetoran hasil pemotongan Pajak Rokok ke rekening Aset DJS Kesehatan (BPJSKes-Asset DJS-Kantor Pusat) pada Bank Mitra yang ditunjuk, dilaksanakan setiap triwulan berdasarkan kesepakatan pemotongan Pajak Rokok pada kompilasi berita acara yang ditandatangani oleh pemerintah provinsi dan BPJS Kesehatan secara bertahap dengan mempertimbangkan kapasitas fiskal masing-masing pemerintah daerah dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Untuk provinsi/kabupaten/kota yang tidak mempunyai selisih kurang dalam kompilasi BAK dan tidak mempunyai sisa pemotongan setelah penghitungan

- realisasi penerimaan Pajak Rokok triwulan sebelumnya maka tidak dilakukan pemotongan pada penghitungan triwulan selanjutnya;
- b. Untuk provinsi/kabupaten/kota yang masih mempunyai sisa pemotongan Pajak Rokok setelah perhitungan triwulan pertama, dalam hal sisa pemotongan tersebut lebih kecil dari 37,5% penghitungan realisasi triwulan selanjutnya maka dipotong sebesar angka sisa pemotongan, namun apabila sisa pemotongan tersebut lebih besar dari 37,5% penghitungan realisasi triwulan kedua maka dipotong sebesar 37,5% realisasi triwulan kedua dan selanjutnya atas sisa pemotongan tersebut akan diperhitungkan pada triwulan ketiga dan triwulan keempat.
6. Atas penyetoran hasil pemotongan Pajak Rokok ke rekening BPJS Kesehatan, Kementerian Keuangan c.q Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) menyampaikan surat pemberitahuan penyetoran potongan pajak rokok kepada BPJS Kesehatan.
 7. Berdasarkan surat pemberitahuan dari Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK), UKPF Manajemen Luran menyampaikan informasi sebagaimana pada angka 6 kepada UKPF Treasury dan Investasi untuk dilakukan pengecekan atas penerimaan dana tersebut, selanjutnya UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan surat pemberitahuan penerimaan dana tersebut kepada UKPF Akuntansi.

E. Rekonsiliasi dan Pelaporan

Rekonsiliasi kontribusi daerah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan dilaksanakan setiap tahun 1 (satu) kali paling lambat akhir bulan Maret. Tata cara rekonsiliasi kontribusi Pajak Rokok tahun sebelumnya, koordinasi perencanaan dan penganggaran tahun berjalan dan kompilasi berita acara kesepakatan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Persiapan
 - a. Kedeputan Wilayah dan/atau KC melakukan koordinasi dengan pemerintah provinsi/kabupaten/kota untuk kegiatan rekonsiliasi kontribusi Pajak Rokok tahun sebelumnya dan perencanaan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan;
 - b. Kegiatan rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya dengan pemerintah provinsi/kabupaten/kota dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan koordinasi perencanaan dan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan.

- c. Kedeputan Wilayah melakukan koordinasi dengan Pemerintah Provinsi untuk melakukan kompilasi Berita Acara Kesepakatan Penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan yang disampaikan pemerintah kabupaten/kota;
 - d. Kedeputan Wilayah dan/atau KC memastikan Gubernur/Bupati/ Wali kota telah menerima surat undangan dan memperoleh konfirmasi kehadirannya atau pejabat yang ditunjuk dalam rapat rekonsiliasi dan koordinasi penganggaran tersebut;
 - e. Biaya pelaksanaan kegiatan menggunakan anggaran Kedeputan Wilayah dan/atau KC.
2. Tujuan Kegiatan
- a. Kegiatan rekonsiliasi ditujukan untuk menyepakati hasil rekonsiliasi atas realisasi penerimaan Pajak Rokok dan realisasi iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, kontribusi iuran dan bantuan iuran tahun sebelumnya yang dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi dan Kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi kontribusi daerah yang disampaikan oleh pemerintah provinsi kepada Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) paling lambat tanggal 31 Maret setiap tahun.
 - b. Kegiatan perencanaan dan penganggaran ditujukan untuk menyepakati perencanaan dan penganggaran penerimaan Pajak Rokok dan iuran peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran tahun berjalan yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan dan Kompilasi Berita Acara Kesepakatan Penganggaran Kontribusi Daerah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan yang disampaikan oleh pemerintah provinsi kepada Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) paling lambat tanggal 31 Maret setiap tahun.
3. Data dan dokumen yang dibutuhkan dalam rekonsiliasi adalah:
- a. Kegiatan Rekonsiliasi Kontribusi Pajak Rokok tahun sebelumnya
 - 1). Dari pemerintah provinsi/kabupaten/kota:
 - a). Rencana penerimaan Pajak Rokok tahun sebelumnya;

Angka yang digunakan sesuai dengan kompilasi berita acara kesepakatan penganggaran Pajak Rokok tahun sebelumnya yang disampaikan oleh pemerintah provinsi kepada Ditjen Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan.

- b). Realisasi penerimaan Pajak Rokok (100%) tahun sebelumnya mulai triwulan keempat 2 tahun sebelumnya.
- (1). Jika penerimaan Pajak Rokok di RKUD tahun sebelumnya mulai triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV tahun sebelumnya, maka realisasi Pajak Rokok 100% terdiri dari triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya, Desember 2 tahun sebelumnya, Triwulan I, II, III tahun sebelumnya dan Triwulan 4 tahun sebelumnya;
 - (2). Jika penerimaan Pajak Rokok di RKUD tahun sebelumnya mulai Triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan III tahun sebelumnya maka realisasi Pajak Rokok terdiri dari dari Triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya, Desember periode 2 tahun sebelumnya, Triwulan I, II, III tahun sebelumnya;
 - (3). Jika penerimaan Pajak Rokok di RKUD mulai periode Desember 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan IV tahun sebelumnya, maka realisasi Pajak Rokok terdiri dari realisasi penerimaan bulan Desember 2 tahun sebelumnya, Triwulan I ,II,III, dan Triwulan IV tahun sebelumnya.
 - (4). Jika penerimaan Pajak Rokok di RKUD mulai periode Desember 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan III tahun sebelumnya maka realisasi Pajak Rokok terdiri dari realisasi penerimaan bulan Desember 2 tahun sebelumnya, Triwulan I, II, dan III tahun sebelumnya.
- c). Realisasi pemotongan Pajak Rokok dari realisasi penerimaan pajak mulai triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV tahun sebelumnya yang dananya telah dipotong oleh Kementerian Keuangan dan disetorkan kepada BPJS Kesehatan.
- d). Sumber data dari realisasi APBD dan rekapitulasi pemotongan Pajak Rokok dari Ditjen Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan.
- e). Bukti pembayaran Iuran Peserta PBPU dan dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan lurannya oleh Pemerintah Daerah, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran mulai

Triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan IV tahun sebelumnya yang telah direkonsiliasi.

- f). Surat penunjukan pejabat yang akan menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi dari Gubernur/Bupati/Wali kota, dalam hal Berita Acara Rekonsiliasi ditandatangani oleh pejabat yang ditunjuk.

2). Dari BPJS Kesehatan:

- a). Realisasi pendapatan Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan Iurannya oleh Pemerintah Daerah, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran mulai Triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan IV tahun sebelumnya yang telah direkonsiliasi;
 - b). Realisasi penerimaan Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan Iurannya oleh Pemerintah Daerah, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran mulai Triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan IV tahun sebelumnya yang telah direkonsiliasi;
 - c). Bukti penerimaan Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan Iurannya oleh Pemerintah Daerah, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran mulai Triwulan IV periode 2 tahun sebelumnya sampai dengan Triwulan IV tahun sebelumnya;
 - d). Data tunggakan Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan Iurannya oleh Pemerintah Daerah, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran per 31 Desember tahun sebelumnya.
- b. Dokumen dan data yang dibutuhkan dalam rangka koordinasi Perencanaan dan Penganggaran Pajak Rokok Tahun berjalan serta kompilasi berita acara penganggaran tahun berjalan:
- 1). Dari pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota
 - a). Rencana penerimaan Pajak Rokok (100%) tahun berjalan selama satu tahun. Sumber data dari APBD masing-masing pemerintah provinsi/kabupaten/kota;
 - b). Anggaran Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan Iurannya oleh Pemerintah Daerah, kontribusi Iuran dan bantuan Iuran tahun berjalan. Sumber

data dari APBD masing-masing pemerintah provinsi/kabupaten/kota;

2). Dari BPJS Kesehatan

- a). Rencana penerimaan Pajak Rokok tahun berjalan selama satu tahun. Sumber data dari APBD pemerintah provinsi/kabupaten/kota dari pemerintah provinsi;
- b). Perjanjian Kerja Sama (PKS) penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan lurannya oleh Pemerintah Daerah tahun berjalan antara pemerintah provinsi/kabupaten/kota dengan BPJS Kesehatan.

4. Luaran Kegiatan

- a. Luaran kegiatan rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya berupa:
 - 1). Kertas Kerja Berita Acara Rekonsiliasi; dan
 - 2). Berita Acara Rekonsiliasi sesuai format C Peraturan Menteri Keuangan;
- b. Luaran kegiatan koordinasi perencanaan dan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan berupa Form A Berita Acara Kesepakatan sesuai format pada Peraturan Menteri Keuangan;
- c. Luaran kegiatan kompilasi Berita Acara Kesepakatan Pajak Rokok tahun berjalan berupa Kompilasi Form B Berita Acara Kesepakatan per provinsi sesuai format pada Peraturan Menteri Keuangan.
- d. Seluruh Kertas Kerja, Berita Acara Kesepakatan dan Rekonsiliasi dibuat 3 (tiga) rangkap masing-masing bermeterai cukup sesuai ketentuan.

5. Pejabat Penandatanganan

Kertas Kerja dan Berita Acara Rekonsiliasi ditandatangani oleh:

- a. Deputi Direksi Wilayah dan Gubernur/pejabat yang ditunjuk untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan lurannya oleh Pemerintah Daerah tingkat provinsi;
- b. Kepala Cabang dan Bupati/Wali kota/pejabat yang ditunjuk untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan lurannya oleh Pemerintah Daerah tingkat kabupaten/kota;

- c. Dalam rangka percepatan proses penandatanganan berita acara, Kepala Cabang di ibu kota Provinsi dapat menandatangani Berita Acara rekonsiliasi dan penganggaran Pajak Rokok untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang kelas III yang dibayarkan lurannya oleh Pemerintah Daerah tingkat Provinsi.
6. Perlakuan Selisih Lebih/Kurang Rekonsiliasi:
- a. Dalam hal terdapat selisih kurang hasil rekonsiliasi tahun sebelumnya, maka atas selisih tersebut wajib diperhitungkan dalam Berita Acara Kesepakatan penganggaran kontribusi daerah melalui Pajak Rokok untuk mendukung program Jaminan Kesehatan tahun berjalan;
 - b. Dalam hal terdapat selisih lebih hasil rekonsiliasi tahun sebelumnya, maka atas selisih tersebut diperhitungkan dalam kesepakatan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan.
7. Batas waktu penyampaian Berita Acara:
- a. Kegiatan rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya dengan pemerintah provinsi/kabupaten/kota dilaksanakan paling lambat pada bulan Maret bersamaan dengan kegiatan koordinasi perencanaan dan penganggaran kontribusi daerah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan;
 - b. KC menyampaikan Berita Acara Rekonsiliasi tahun sebelumnya beserta kertas kerja rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara Kesepakatan penganggaran tahun berjalan ke Kedeputan Wilayah paling lambat pada minggu kedua bulan Maret;
 - c. Kedeputan Wilayah atau KC yang berkedudukan di ibukota provinsi melaksanakan kegiatan kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara kesepakatan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan dengan pemerintah provinsi paling lambat pada minggu ketiga bulan Maret;
 - d. Kedeputan Wilayah menyampaikan Kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara kesepakatan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan kepada Direktur Keuangan dan Investasi c.q. UKPF Manajemen Luran paling lambat pada minggu keempat bulan Maret;
 - e. Kedeputan Wilayah atau KC yang berkedudukan di ibukota provinsi mendorong Pemerintah Provinsi untuk segera menyampaikan Kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi Pajak Rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara

kesepakatan penganggaran Pajak Rokok tahun berjalan kepada Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan paling lambat 31 Maret.

8. Batas Waktu Tindak Lanjut Atas Hasil Rekonsiliasi
 - a. Dalam hal setelah dilakukan rekonsiliasi terbukti terdapat kekurangan pemotongan pajak rokok, maka kekurangan pemotongan pajak rokok dipotong dan disetorkan kepada BPJS Kesehatan setelah DJPK menerima pertanggungjawaban penggunaan pajak rokok periode terakhir.
 - b. Dalam hal setelah rekonsiliasi kontribusi pajak rokok terbukti bahwa terdapat kelebihan pemotongan pajak rokok, maka batas waktu tindak lanjut atas hasil rekonsiliasi tersebut berupa pengembalian/kompensasi atas kelebihan pemotongan pajak rokok ditetapkan paling lambat 14 hari kerja setelah berkas pengajuan pengembalian/kompensasi diterima lengkap di Kantor Pusat BPJS Kesehatan.
9. Kelengkapan berkas untuk pengembalian/pelaksanaan kompensasi atas kelebihan:
 - a. Berita Acara Rekonsiliasi Kelebihan Pajak Rokok antara KC dan Pemerintah Daerah ditandatangani oleh Kepala Cabang atau Pejabat yang Ditunjuk dan Kepala Daerah atau Pejabat yang ditunjuk;
 - b. Surat Perintah Membayar dari Kedeputian Wilayah ditandatangani oleh Deputi Direksi Wilayah atau Pejabat yang ditunjuk; dan
 - c. Surat Pertanggungjawaban Mutlak ditandatangani oleh Deputi Direksi Wilayah atau Pejabat yang ditunjuk.

F. Pajak Rokok Untuk Pembayaran Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan

Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan dapat diselesaikan dengan kompensasi kelebihan pemotongan Pajak Rokok tahun sebelumnya setelah proses rekonsiliasi rampung tahun sebelumnya dan pemotongan Pajak Rokok yang telah dilaksanakan pada tahun berkenaan sesuai besaran pemotongan yang disepakati pada saat rekonsiliasi penganggaran Pajak Rokok tahun berkenaan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penetapan besaran tunggakan masing-masing pemerintah daerah dengan memperhitungkan:
 - a. selisih lebih dari jumlah realisasi kontribusi penerimaan Pajak Rokok dibanding realisasi jaminan kesehatan daerah pada tahun anggaran sebelumnya;

- b. pemotongan penerimaan Pajak Rokok yang telah disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan pada tahun berkenaan;
2. Perhitungan besaran selisih lebih dari jumlah realisasi kontribusi penerimaan Pajak Rokok dibanding realisasi jaminan kesehatan daerah pada tahun anggaran sebelumnya didasarkan atas hasil rekonsiliasi pelaksanaan program Jaminan Kesehatan antara pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan mengenai tata cara pemotongan Pajak Rokok sebagai kontribusi dukungan program Jaminan Kesehatan;
3. Perhitungan pemotongan penerimaan Pajak Rokok yang telah disetorkan ke Rekening BPJS Kesehatan pada tahun berkenaan didasarkan atas pemberitahuan KPA Pemotongan Penerimaan Pajak Rokok dan Penyetoran Hasil Pemotongan Pajak Rokok kepada Provinsi yang bersangkutan dan BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan mengenai tata cara pemotongan Pajak Rokok sebagai kontribusi dukungan program Jaminan Kesehatan;
4. Tata cara perhitungan kompensasi Pajak Rokok periode tahun sebelumnya, penandatanganan Berita Acara kompensasi Pajak Rokok dan dokumen yang disiapkan dalam rangka rekonsiliasi kompensasi Pajak Rokok periode tahun sebelumnya dengan pengaturan sebagai berikut:
 - a. Kegiatan rekonsiliasi kompensasi kelebihan potongan Pajak Rokok tahun sebelumnya ditujukan untuk:
 - 1). Melakukan validasi data kertas kerja perhitungan penganggaran Pajak Rokok tahun sebelumnya masing-masing pemerintah provinsi/kabupaten/kota dengan realisasi pemotongan Pajak Rokok periode tahun sebelumnya yang telah dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan dan dibandingkan dengan realisasi pembayaran luran PBPU Pemda, kontribusi luran dan bantuan luran yang dilakukan oleh pemerintah daerah pada tahun sebelumnya;
 - 2). Menyepakati besaran kelebihan pemotongan Pajak Rokok tahun sebelumnya yang dikompensasikan untuk membayar tunggakan dan/atau luran PBPU Pemda, Kontribusi luran dan Bantuan luran tahun berkenaan dan luran PBPU Pemda, kontribusi luran dan bantuan luran tahun berikutnya (luran diterima dimuka) yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan Perhitungan dan Perlakuan atas Kelebihan

Pemotongan Pajak Rokok tahun sebelumnya yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan dengan pihak pemda.

- b. Kompensasi kelebihan pemotongan Pajak Rokok tahun sebelumnya hanya dapat dilakukan bagi:
 - 1). Pemerintah daerah dengan kondisi pada berita acara kesepakatan penganggaran jaminan kesehatan terintegrasi tahun sebelumnya kurang dari 37,5% anggaran Pajak Rokok tahun sebelumnya dan telah dilakukan pemotongan Pajak Rokok pada tahun sebelumnya namun selama tahun sebelumnya pemerintah daerah dengan kondisi tersebut telah melakukan pemenuhan kewajiban dengan menambah anggaran jaminan kesehatan daerah terintegrasi dengan penetapan APBD Perubahan (APBD-P) sehingga pada akhir tahun realisasi pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan terintegrasi dengan BPJS Kesehatan telah melebihi minimal kewajiban 37,5% dari realisasi Pajak Rokok tahun sebelumnya;
 - 2). Pemerintah daerah belum melakukan kesepakatan kompensasi pada bulan Desember tahun sebelumnya atas kelebihan pemotongan Pajak Rokok yang disebabkan oleh pemerintah provinsi/kabupaten/kota terlambat menyampaikan Kompilasi Berita Acara Kesepakatan Penganggaran Pajak Rokok tahun sebelumnya (Form B) sampai dengan batas waktu 31 Maret sehingga dilakukan pemotongan sebesar 37,5%.
- c. Kesepakatan kompensasi dilaksanakan melalui kegiatan rekonsiliasi yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan Perhitungan Dan Perlakuan Atas Kelebihan Pemotongan Pajak Rokok yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan dan pemerintah provinsi/kabupaten/kota.
- d. Langkah-langkah perhitungan kompensasi kelebihan pemotongan Pajak Rokok adalah sebagai berikut:
 - 1). Melakukan validasi nilai Pajak Rokok yang akan dipotong pada tahun sebelumnya per provinsi/kabupaten/kota berdasarkan Kompilasi Berita Acara Kesepakatan Penganggaran Pajak Rokok tahun sebelumnya (Form A dan B) atau revisi Kompilasi (bagi Pemda yang melakukan revisi) yang disampaikan pemerintah provinsi ke DJPK Kementerian Keuangan;
 - 2). Membandingkan antara besaran Pajak Rokok yang dipotong berdasarkan Berita Acara Kesepakatan Penganggaran (Form A dan B) dengan realisasi pembayaran Iuran PBPU Pemda, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran periode Triwulan I sampai dengan Triwulan IV tahun sebelumnya,

selisih nilai perbandingan tersebut menjadi dasar jumlah yang dapat dikompensasikan;

- 3). Realisasi pembayaran iuran PBPU Pemda, kontribusi iuran dan bantuan iuran tahun sebelumnya yang diperhitungkan pada angka 2 bersumber dari pembayaran tagihan tahun sebelumnya atau pembayaran iuran dimuka tahun sebelumnya yang dibayarkan dari kas Pemda dan kompensasi Pajak Rokok tahun sebelumnya tetapi tidak memperhitungkan pembayaran iuran dimuka tahun berikutnya yang bersumber dari kas Pemda maupun kompensasi Pajak Rokok untuk pembayaran iuran PD Pemda;
- 4). Besaran nilai yang diperoleh sebagaimana angka 2, dapat dikompensasikan untuk pembayaran tunggakan iuran PBPU Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran sampai dengan tahun berkenaan dan/atau iuran PBPU Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran tahun berikutnya apabila masih ada kelebihan (iuran diterima dimuka);
- 5). Nilai kompensasi dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan Perhitungan Dan Perlakuan Atas Kelebihan Pemotongan Pajak Rokok tahun sebelumnya yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan dan Pemda di atas meterai;
- 6). KC menyampaikan Berita Acara Kesepakatan Perhitungan Dan Perlakuan Atas Kelebihan Pemotongan Pajak Rokok Tahun sebelumnya ke Kantor Kedeputian Wilayah, selanjutnya Kedeputian Wilayah menyampaikan Rekapitulasi Berita Acara Kesepakatan Perhitungan Dan Perlakuan Atas Kelebihan Pemotongan Pajak Rokok Tahun sebelumnya dari KC ke Kantor Pusat beserta dengan copy Berita Acara Kesepakatan Perhitungan Dan Perlakuan Atas Kelebihan Pemotongan Pajak Rokok Tahun sebelumnya, Surat Perintah Membayar dan Surat Pertanggungjawaban Mutlak yang ditandatangani oleh Deputi Direksi Wilayah di atas meterai sebagaimana format terlampir;
- 7). UKPF Manajemen iuran menyampaikan Surat Perintah Membayar (SPM) kepada UKPF Treasury dan Investasi untuk pemindahbukuan dana titipan Pajak Rokok ke rekening VA masing-masing pemerintah provinsi/kabupaten/kota berdasarkan surat perintah membayar dari Kedeputian Wilayah;

- 8). UKPF Manajemen Iuran menyampaikan pemberitahuan pelaksanaan kompensasi kelebihan pemotongan Pajak Rokok per masing-masing pemerintah daerah kepada Kedeputian Wilayah dengan melampirkan bukti transfer ke masing – masing VA.

BAB IX

KONTRIBUSI IURAN DAN BANTUAN IURAN

A. KONTRIBUSI IURAN

1. Besaran

Besaran Kontribusi Iuran Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayar oleh Pemerintah Provinsi mulai diterapkan pada tahun 2021 dibagi dan dibebankan ke masing-masing provinsi berdasarkan kapasitas fiskal daerah yang pada tahun 2021 sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Provinsi dengan kapasitas fiskal daerah sangat tinggi sebesar Rp2.200,00 per orang per bulan;
- b. Provinsi dengan kapasitas fiskal daerah tinggi dan sedang sebesar Rp2.100,00 per orang per bulan; dan
- c. Provinsi dengan kapasitas fiskal daerah rendah dan sangat rendah sebesar Rp2.000,00 per orang per bulan.

Kapasitas fiskal mengacu pada kapasitas fiskal daerah yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Keuangan mengenai peta kapasitas fiskal daerah. Dalam hal terjadi perubahan Peraturan Menteri Keuangan tentang besaran Kontribusi Iuran berdasarkan kapasitas fiskal daerah, maka besaran Kontribusi Iuran mengikuti ketentuan yang berlaku.

2. Monitoring Penganggaran

- a. Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran menyampaikan peta kapasitas fiskal daerah ke Kedeputan Wilayah untuk menjadi acuan besaran Kontribusi Iuran yang harus dialokasikan oleh Pemerintah Provinsi pada tahun berikutnya.
- b. Berdasarkan besaran Kontribusi Iuran sesuai kapasitas fiskal daerah yang telah ditetapkan, Kedeputan Wilayah menghitung alokasi anggaran yang diperlukan dengan mengalikan data proyeksi jumlah Peserta PBI JK dan besaran kapasitas fiskal daerah yang ditetapkan.
- c. Kedeputan Wilayah menyampaikan secara tertulis kepada Pemerintah Provinsi untuk mengalokasikan anggaran Kontribusi Iuran kepada Peserta

PBI JK pada APBD tahun berikutnya.

- d. Kedeputan Wilayah memastikan Kontribusi Iuran Peserta PBI JK dianggarkan pada APBD Pemerintah Provinsi.

3. Pembentukan Tagihan

- a. Tagihan Kontribusi Iuran PBI JK dibentuk berdasarkan Berita Acara Hasil Rekonsiliasi antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Provinsi.
- b. Tagihan Kontribusi Iuran PBI JK diperhitungkan sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan dibayar kapitasinya oleh BPJS Kesehatan dikalikan dengan besaran Kontribusi Iuran sesuai dengan kapasitas fiskal daerah.

4. Mekanisme Penagihan

- a. Penagihan dilakukan oleh KC yang merupakan tempat kedudukan Ibu Kota Provinsi.
- b. Mekanisme Penagihan Kontribusi Iuran Peserta PBI JK adalah sebagai berikut:
 - 1). KC mengirimkan surat tagihan Kontribusi Iuran Peserta PBI JK bulan berjalan kepada Pemerintah Provinsi paling lambat 1 (hari) kerja setelah pelaksanaan rekonsiliasi dengan Pemerintah Provinsi sebagaimana format yang telah ditentukan.
 - 2). Kedeputan Wilayah dan KC diwilayah provinsi memastikan Pemerintah Provinsi membayar Kontribusi Iuran PBI JK paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah surat tagihan Kontribusi Iuran Peserta PBI JK diterima oleh Pemerintah Provinsi.
 - 3). Apabila sampai dengan 7 (tujuh) hari kerja setelah surat tagihan diterima Pemerintah Provinsi belum melakukan pembayaran, maka Kedeputan Wilayah dan KC melakukan koordinasi untuk mendapatkan komitmen pembayaran.
 - 4). Apabila sampai dengan 15 (lima) hari kerja sejak tagihan Kontribusi Iuran diterima dan Pemerintah Provinsi belum melakukan pembayaran, maka KC melakukan kunjungan penagihan yang dibuktikan dengan Berita Acara Kunjungan.
 - 5). Kedeputan Wilayah dan KC wajib memastikan penerimaan Kontribusi Iuran PBI JK.

5. Mekanisme Pembayaran

- a. Pemerintah Daerah membayarkan kontribusi iuran PBI JK setiap bulan kepada BPJS Kesehatan melalui VA sesuai dengan tagihan.
- b. Mekanisme pembayaran Kontribusi Iuran PBI JK dilakukan secara *Open Payment*.
- c. Pemerintah Provinsi menyampaikan bukti bayar kepada KC BPJS Kesehatan.
- d. KC mendokumentasikan bukti bayar yang disampaikan oleh pemerintah provinsi.

6. Monitoring dan Evaluasi

- a. KC:
 - 1). Monitoring pembayaran Kontribusi Iuran Pemerintah Provinsi dilakukan sejak tagihan dikirimkan sampai dengan pembayaran direalisasikan.
 - 2). Dalam hal Pemerintah Provinsi belum melakukan pembayaran secara tepat waktu dan tepat jumlah KC wajib memberikan umpan balik.
 - 3). KC mengirimkan laporan tagihan dan pembayaran Kontribusi Iuran kepada Kedeputian Wilayah setiap bulan paling lambat tanggal 3 bulan berikutnya.
- b. Kedeputian Wilayah:
 - 1). Monitoring tagihan dan realisasi pembayaran Kontribusi Iuran Pemerintah Provinsi dilakukan oleh Kedeputian Wilayah setiap bulan;
 - 2). Kedeputian Wilayah melakukan evaluasi atas laporan tagihan dan pembayaran Kontribusi Iuran yang dikirimkan oleh KC dan mengirimkan rekapitulasi laporan tagihan dan pembayaran Kontribusi Iuran ke Kantor Pusat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya;
 - 3). Kedeputian Wilayah mengirimkan umpan balik (*feedback*) kepada KC atas laporan yang disampaikan sebelum dikirimkan ke Kantor Pusat;
 - 4). Dalam hal masih terdapat Pemerintah Provinsi yang belum membayar Kontribusi Iuran PBI JK Kedeputian Wilayah memberikan umpan balik berupa tindak lanjut yang harus dilakukan oleh KC;
 - 5). Kedeputian Wilayah melaporkan perkembangan pembayaran Kontribusi Iuran PBI JK untuk Pemerintah Provinsi yang belum membayar yang dilaporkan setiap minggu oleh kantor cabang kepada Kantor Pusat setiap hari Jumat.

c. Kantor Pusat:

- 1). Kantor Pusat c.q UKPF Manajemen Iuran melakukan rekapitulasi laporan tagihan dan pembayaran Kontribusi Iuran PBI JK dari Kedeputian Wilayah;
- 2). Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran mengirimkan umpan balik (*feedback*) kepada Kedeputian Wilayah atas laporan yang disampaikan;
- 3). Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran melakukan evaluasi atas laporan tagihan dan pembayaran Kontribusi Iuran PBI JK yang dikirimkan oleh Kedeputian Wilayah dan menyampaikan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh Kedeputian Wilayah.
- 4). Hasil Rekanan disampaikan ke UKPF Akuntansi sebagai dasar monitoring pencatatan.

7. Review Pengawas Internal

Dalam rangka meningkatkan kepatuhan terhadap tata kelola terkait penyelenggaraan penagihan Kontribusi Iuran PBI-JK, maka UKPF Pengawasan Internal dapat melakukan reuvi atas tagihan tersebut kepada UKPF Manajemen Iuran dan UKPF Kepesertaan.

B. BANTUAN IURAN PEMERINTAH PUSAT

Bantuan Iuran Pemerintah Pusat diberikan kepada Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dengan status Peserta Aktif.

1. Besaran

Besaran Bantuan Iuran yang dibayar oleh Pemerintah Pusat adalah sebagai berikut:

- a. Tahun 2020 sebesar Rp16.500,00 per orang per bulan berlaku per Juli 2020 sampai dengan Desember 2020.
- b. Tahun 2021 dan tahun berikutnya sebesar Rp4.200,00 per orang per bulan.

2. Pembentukan Tagihan

Mekanisme pembentukan tagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Pembentukan tagihan Bantuan Iuran dilakukan melalui proses penarikan data Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan

kelas III untuk data periode bulan sebelumnya.

- b. Hasil tarikan data sebagaimana pada angka 1 dipadankan dengan data pembayaran tagihan iuran periode bulan sebelumnya yang berstatus lunas setiap bulan.
- c. BPJS Kesehatan setiap bulannya menyiapkan data rincian BNBA atas rekap sebagai bukti pendukung daftar rekapitulasi tersebut yang disimpan oleh UKPF Manajemen Data Informasi (MDI).
- d. Tagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat diperhitungkan sebagai berikut:

1). Untuk Tahun 2020:

= Besaran Bantuan Iuran Pemerintah Pusat x jumlah Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dengan status Peserta Aktif

= Rp16.500,00 x jumlah Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dengan status Peserta Aktif

2). Untuk Tahun 2021 dan tahun berikutnya:

= Besaran bantuan iuran Pemerintah Pusat x jumlah Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dengan status Peserta Aktif

= Rp4.200,00 x jumlah Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dengan status Peserta Aktif.

3. Mekanisme Penagihan

Mekanisme Penagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Tagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat disampaikan BPJS Kesehatan melalui UKPF Manajemen Iuran kepada Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) setiap bulan sebagai subsidi untuk iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III bulan sebelumnya.
- b. Surat tagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dibuat berdasarkan perhitungan Iuran Jaminan Kesehatan Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendapat Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dengan status

Peserta Aktif yang merupakan hasil perhitungan sistem BPJS Kesehatan dan telah divalidasi oleh UKPF Manajemen Iuran, UKPF Kepesertaan, UKPF Akuntansi, UKPF Strategi Perencanaan Pengembangan Teknologi Informasi (SPPTI) dan UKPF Manajemen Data Informasi (MDI) di Kantor Pusat.

c. Sebelum melakukan penagihan dana Bantuan Iuran, BPJS Kesehatan menyampaikan:

- 1). Nama dan spesimen tanda tangan pejabat BPJS Kesehatan yang diberi kewenangan mengajukan dan menandatangani dokumen tagihan Bantuan Iuran kepada KPA.
- 2). Nomor VA Bantuan Iuran Pemerintah Pusat.
- 3). Dalam hal terdapat perubahan pejabat yang diberi kewenangan, BPJS Kesehatan menyampaikan kembali nama dan spesimen tanda tangan pejabat pengganti yang diberi kewenangan tersebut kepada KPA.
- 4). Surat tagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat disampaikan dengan lampiran sebagai berikut:
 - a). Daftar Rekapitulasi Perhitungan Bantuan Iuran sebagaimana format Lampiran A pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 (terlampir).
 - b). Kuitansi/tanda terima sebagaimana format Lampiran B pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 (terlampir).
 - c). Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak yang ditandatangani oleh Direksi BPJS Kesehatan sebagaimana pada format Lampiran C Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 (terlampir).

4. Mekanisme Pembayaran

Mekanisme Pembayaran Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Pembayaran Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilakukan secara langsung kepada BPJS Kesehatan melalui VA dengan Nomor 8986672000111111 atas nama Bantuan Iuran Pemerintah Pusat oleh Kementerian yang ditunjuk sebagai KPA.
- b. KPA melakukan pembayaran dengan mekanisme sesuai ketentuan melalui pengecekan kelengkapan dan kesesuaian berkas tagihan, penerbitan SPM ditujukan kepada KPPN Jakarta II, yang selanjutnya menerbitkan SP2D untuk pelaksanaan transfer dana ke rekening BPJS Kesehatan melalui VA.

- c. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran Bantuan Iuran Pemerintah Pusat mengacu kepada Peraturan Menteri Keuangan yang berlaku.

5. Monitoring dan Evaluasi

Untuk memastikan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat diterima secara tepat waktu dan tepat jumlah dilakukan monitoring dan evaluasi sebagai berikut:

- a. Monitoring pembayaran Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilakukan sejak pembentukan tagihan sampai dengan pembayaran direalisasikan.
- b. Monitoring Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilakukan atas ketepatan waktu penyediaan data tagihan, ketepatan jumlah tagihan dan ketepatan waktu pengiriman tagihan pembayaran, ketepatan waktu dan jumlah pembayaran.
- c. BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran mengirimkan laporan penerimaan bantuan iuran Pemerintah Pusat pada bulan berikutnya kepada Kementerian Keuangan.
- d. Evaluasi atas penagihan dan penerimaan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dilakukan setiap bulan.
- e. Atas evaluasi pada butir d, UKPF Manajemen Iuran menyampaikan umpan balik kepada pihak terkait.
- f. Dalam rangka memastikan penyelenggaraan penagihan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat telah sesuai dengan ketentuan, maka UKPF Pengawasan Internal dapat melakukan reviu atas tagihan dan proses penagihan kepada UKPF Manajemen Iuran dan UKPF Kepesertaan.

C. BANTUAN IURAN PEMERINTAH DAERAH

1. Sasaran Pemberian Bantuan Iuran yang Dibayarkan oleh Pemerintah Daerah

Bantuan iuran yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah mulai tanggal 1 Januari 2021 dibayarkan untuk:

- a. Peserta PBPU dan Peserta BP yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III, yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah, selanjutnya disebut sebagai Peserta PBPU dan Peserta BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.
- b. Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dengan status peserta aktif.

2. Besaran

Besaran Bantuan Iuran yang dibayar oleh Pemerintah Daerah adalah sebesar Rp2.800,00 per orang per bulan, berlaku untuk:

- a. Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dengan status peserta aktif yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Bantuan Iuran dibayarkan oleh Pemerintah Provinsi atau Pemerintah Kabupaten/Kota.
- b. Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dengan status peserta aktif yang terdaftar di FKTP. Bantuan Iuran dibayarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta, sesuai dengan wilayah daerah tempat Peserta terdaftar di FKTP.

3. Monitoring Penganggaran

Untuk memastikan Pemerintah Daerah telah menganggarkan dana Bantuan Iuran dalam jumlah yang mencukupi sampai dengan akhir tahun, dilakukan monitoring penganggaran dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

Penganggaran Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dilakukan bersamaan dengan penganggaran Iuran sebagaimana diatur pada Bab IV tentang mekanisme pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan.

- b. Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.

Penganggaran Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III oleh Pemerintah Daerah dilakukan bersamaan dengan penganggaran Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah

4. Pembentukan Tagihan

Mekanisme pembentukan tagihan Bantuan Iuran Pemerintah Daerah dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan

Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:

- 1) Tagihan Bantuan Iuran untuk Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dihitung secara kolektif dengan mengalikan besaran bantuan iuran per jiwa dengan jumlah peserta sesuai data peserta yang terdaftar.
- 2) Formulasi perhitungan tagihan bantuan iuran untuk Peserta PBPU dan Peserta BP manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai berikut:

$\begin{aligned} &= \text{Besaran bantuan iuran} \times \text{jumlah peserta terdaftar} \\ &= \text{Rp2.800,00} \times \text{jumlah peserta yang terdaftar} \end{aligned}$
--

- b. Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.

Tagihan Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dibentuk dengan mekanisme sebagai berikut:

- 1). Tagihan Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dibentuk berdasarkan hasil rekonsiliasi antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Daerah.
- 2). Rekonsiliasi adalah kegiatan untuk memastikan kesesuaian *raw data* peserta dengan data tagihan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.
- 3). Tagihan Bantuan Iuran untuk Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dihitung secara kolektif dengan mengalikan besaran bantuan iuran per jiwa dengan jumlah Peserta PBPU dan Peserta BP dengan status peserta aktif dan membayar iuran sesuai wilayah daerah tempat Peserta terdaftar di FKTP.
- 4). Yang dimaksud dengan dengan status peserta aktif dan membayar iuran adalah pada bulan berjalan status kepesertaan adalah aktif, dan tagihan iuran peserta sudah dibayar lunas.
- 5). Formulasi perhitungan tagihan bantuan iuran untuk Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah

sebagai berikut:

- = Besaran bantuan iuran x jumlah Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dengan status tagihan lunas yang terdaftar di FKTP.
- = Rp2.800,00 x jumlah Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III

5. Mekanisme Penagihan

Penagihan Bantuan iuran dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Peserta PBPU dan Peserta BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:
 - 1). Penagihan Bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dilakukan bersamaan dengan penagihan iuran.
 - 2). Mekanisme penagihan bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah mengikuti mekanisme penagihan iuran.
- b. Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III:
 - 1). KC menyampaikan tagihan Bantuan iuran kepada Pemerintah Daerah berdasarkan hasil penetapan rekonsiliasi data jumlah Peserta dan Bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP Kelas III yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III setiap bulan sebagai subsidi atas iuran penerima Bantuan iuran bulan sebelumnya.
 - 2). Bantuan iuran PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III ditagihkan kepada Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Daerah Daerah Khusus Ibukota Jakarta, sesuai dengan wilayah daerah tempat Peserta terdaftar di FKTP.

- 3). KC mengirimkan surat tagihan bantuan luran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III kepada Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Daerah Daerah Khusus Ibukota Jakarta paling lambat 2 (dua) hari kerja setelah rekonsiliasi dilakukan untuk tagihan bulan sebelumnya, dengan menggunakan format 11A dengan lampiran SPTJM sebagaimana format 11C dan meminta komitmen pembayaran. Kuitansi sebagaimana format yang ditentukan, diberikan kepada Pemerintah Daerah setelah dana Bantuan luran diterima di Rekening BPJS Kesehatan melalui VA Bantuan luran PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
- 4). KC memastikan Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta membayar Bantuan luran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tagihan dikirimkan setiap bulan.
- 5). Dalam hal Pemerintah Kabupaten/Kota dan/atau Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta belum melakukan pembayaran sampai dengan tanggal kesepakatan pada komitmen, KC melakukan kunjungan penagihan. Hasil kunjungan penagihan dituangkan ke dalam Berita Acara Kunjungan sebagaimana format yang telah ditentukan.
- 6). KC wajib memastikan penerimaan Bantuan luran Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Daerah Daerah Khusus Ibukota Jakarta setiap bulan.
- 7). Tagihan Bantuan luran bulan Desember ditagihkan pada bulan berkenaan berdasarkan data Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III bulan November bersamaan dengan tagihan bulan November dengan berkas tagihan terpisah. Selisih kelebihan/kekurangan akan disesuaikan berdasarkan hasil rekonsiliasi dan ditagihkan/dikompensasikan pada tagihan bulan berikutnya.

6. Mekanisme Pembayaran

Pembayaran Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III, dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Penduduk yang sebelumnya didaftarkan oleh Pemerintah Daerah atau Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah:
 - 1). Pembayaran Bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dilakukan secara bersamaan dengan pembayaran tagihan iuran, dengan VA yang berbeda.
 - 2). Pembayaran Bantuan Iuran dilakukan melalui Nomor VA Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah kepada BPJS Kesehatan.
- b. Pembayaran Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III dilakukan melalui nomor VA Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III kepada BPJS Kesehatan.

7. Reviu Pengawas Internal

Dalam rangka meningkatkan kepatuhan terhadap tata kelola terkait penyelenggaraan penagihan Bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III, UKPF Pengawasan Internal dapat melakukan reviu atas tagihan tersebut kepada UKPF Manajemen Iuran dan UKPF Kepesertaan.

D. FORMAT YANG DIGUNAKAN DALAM PENAGIHAN KONTRIBUSI DAN BANTUAN IURAN

Dalam melaksanakan penagihan Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran digunakan format-format tertentu sebagaimana diatur pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 Lampiran C sebagai berikut:

1. Format Surat Tagihan

Surat Tagihan/Permintaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III, Dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III Kepada Pemerintah Provinsi Dan/Atau Pemerintah Daerah

KOP SURAT
KANTOR CABANG BPJS KESEHATAN

SURAT TAGIHAN/PERMINTAAN PEMBAYARAN

Nomor: (1) Tanggal.. .. (2)

Yth. Gubernur/Walikota/Bupati
u.p. Pejabat Pembuat Komitmen
Satker(3).....
Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota.....
Jalan

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78 PMK.02/2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kota/Kabupaten, bersama ini kami mengajukan tagihan/permintaan pembayaran sebagai berikut:

- | | | | |
|------|-------------------|---|---|
| I. | Dasar Pembayaran | : | Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 |
| II. | Tahun Anggaran | : | ... (4) |
| III. | Rincian Penerima | | |
| | 1. Jumlah Uang *) | : | Rp..... (5) |
| | 2. Terbilang | |(6) |

3. Uraian Pembayaran : Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan/Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota Bulan.....
4. Nama Penerima : (7)

Jumlah tagihan tersebut agar ditransfer ke rekening:

4. Nama Virtual Account :...(8).
5. Nomor Virtual Account :....(9).

IV. Lampiran

Kuitansi/Bukti Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kota/Kabupaten ; dan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

...(10)....,(11).....

Kepala Cabang

.....(12).....

.....(13).....

PETUNJUK PENGISIAN SURAT TAGIHAN/PERMINTAAN PEMBAYARAN

NO.	URAIAN ISIAN
1.	Diisi dengan nomor penerbitan Surat Tagihan/Permintaan Pembayaran
2.	Diisi dengan tanggal penerbitan Surat Tagihan/Permintaan Pembayaran
3.	Diisi dengan nama satker
4.	Diisi dengan tahun anggaran berkenaan
5.	Diisi dengan jumlah tagihan (dalam angka)
6.	Diisi dengan jumlah tagihan (dalam huruf)
7.	Diisi dengan nama Kantor Cabang BPJS Kesehatan
8.	Diisi dengan nama Virtual Account Kantor Cabang
9.	Diisi dengan nomor Virtual Account Kantor Cabang
10.	Diisi dengan tempat surat tagihan dibuat dan ditandatangani
11.	Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun pada saat surat tagihan dibuat dan ditandatangani
12.	Diisi dengan tanda tangan pejabat yang menandatangani surat tagihan dan dibubuhi cap dinas
13.	Diisi dengan nama pejabat yang menerbitkan surat tagihan

2. Format Kuitansi

Kuitansi Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III, Dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III Kepada Pemerintah Provinsi Dan/Atau Pemerintah Daerah

Tahun Anggaran : ... (1) ...

Nomor Bukti : ... (2) ...

KUITANSI/ BUKTI PEMBAYARAN

Sudah Terima dari	:	Pejabat Pembuat Komitmen Satker ... (3) ...
Jumlah Uang	:	Rp (4)
Terbilang	:	..... (5)
Untuk Pembayaran	:	Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kota/Kabupaten Bulan (6) ...

..... (7), (8)

Kepala Cabang.....

..... (9)

..... (10)

PETUNJUK PENGISIAN KUITANSI /BUKTI PEMBAYARAN

NO.	URAIAN ISIAN
1.	Diisi dengan Tahun Anggaran berkenaan
2.	Diisi dengan nomor kuitansi/bukti pembukuan
3.	Diisi dengan nama satker
4.	Diisi dengan jumlah tagihan dengan angka
5.	Diisi dengan jumlah tagihan dengan huruf
6.	Diisi sesuai dengan surat tagihan/permintaan pembayaran
7.	Diisi dengan tempat kuitansi dibuat dan ditandatangani
8.	Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun pada saat kuitansi dibuat dan di tandatangi
9.	Diisi dengan tanda tangan pejabat yang menerima uang di atas meterai sesuai ketentuan yang berlaku dan dibubuhi cap dinas
10.	Diisi dengan nama pejabat penerima uang

3. Format SPTJM

Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM) Pembayaran Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III, Dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III Kepada Pemerintah Provinsi Dan/Atau Pemerintah Daerah

KOP SURAT

KANTOR CABANG BPJS KESEHATAN

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK

Nomor: (1)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (2)

Jabatan : (3)

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa:

1. Atas pencairan Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan/ Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kota/Kabupaten sebagaimana tertuang dalam Kuitansi Nomor: (5), tanggal..... (6),sejumlah Rp. (7) akan dibayarkan sesuai dengan peruntukannya;
2. Kami bertanggung jawab mutlak baik secara formal maupun secara material atas kebenaran perhitungan jumlah Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kota/Kabupaten untuk pembayaran bulan.....tahun 20.....
3. Apabila dikemudian hari terdapat kelebihan atas perhitungan jumlah Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan/ Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kota/Kabupaten pencairan kami bersedia untuk menyeter selisih lebih dimaksud ke Kas Negara; dan

4. Bukti-bukti pembayaran sebagaimana tersebut pada angka 2 di atas, akan kami simpan dengan sebaik-baiknya guna kelengkapan administrasi perusahaan dan keperluan pemeriksaan oleh aparat pemeriksa.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya.

Jakarta,

..... (8)



BPJS Kesehatan

.....(9)

.....(10)

.....(11)

.....(12)

PETUNJUK PENGISIAN SPTJM

NO.	URAIAN ISIAN
1.	Diisi nomor urut SPTJM
2.	Diisi nama lengkap pembuat SPTJM
3.	Diisi jabatan pembuat SPTJM
5.	Diisi nomor kuitansi berkenaan
6.	Diisi tanggal kuitansi berkenaan
7.	Diisi jumlah uang dalam kuitansi berkenaan
8.	Diisi tanggal penerbitan SPTJM
9.	Diisi jabatan penandatangan SPTJM
10.	Diisi tanda tangan disertai dengan stempel dinas di atas materai sesuai ketentuan
11.	Diisi nama lengkap penandatangan SPTJM
12.	Diisi nomor pegawai penandatangan SPTJM

4. Format Berita Acara Kunjungan Atas Tindak Lanjut Penagihan

BERITA ACARA KUNJUNGAN ATAS TINDAK LANJUT PENAGIHAN
PEMBAYARAN IURAN PESERTA PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH DAN
PESERTA BUKAN PEKERJA DENGAN MANFAAT PELAYANAN DI RUANG
PERAWATAN KELAS III, DAN BANTUAN IURAN BAGI PESERTA PEKERJA BUKAN
PENERIMA UPAH DAN PESERTA BUKAN PEKERJA DENGAN MANFAAT
PELAYANAN DI RUANG PERAWATAN KELAS III KEPADA PEMERINTAH PROVINSI
DAN/ATAU PEMERINTAH DAERAH

BULAN(1).....TAHUN.....(2)....
NOMOR

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

NPP :

Bertindak untuk dan atas nama BPJS Kesehatan, selanjutnya disebut Pihak Pertama

Nama :

NPP :

Bertindak untuk dan atas nama Pemerintah Provinsi/Kota/Daerah

Pada hari ini Pihak Pertama telah melakukan kunjungan ke Pihak Kedua untuk keperluan penagihan /Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan/ Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III untuk bulan....(3).....Tahun(4)..... antara(5)..... dan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil kunjungan tagihan kontribusi iuran peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan Bulan..... Tahun....., maka diperoleh kesepakatan pembayaran sebagai berikut:

1. Tagihan kontribusi peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan bulan..... sejumlah.....akan dibayarkan pada tanggal.....
2.
3.

Kepala BPKAD Provinsi

Kepala Cabang BPJS Kesehatan

.....

.....

5. Format Berita Acara Rekonsiliasi

BERITA ACARA REKONSILIASI SELISIH LEBIH ATAU KURANG PEMBAYARAN IURAN DAN BANTUAN IURAN PESERTA PBP&BP KELAS III YANG DIDAFTARKAN OLEH PEMERINTAH DAERAH

ANTARA BPJS KESEHATAN CABANG.....

DENGAN PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA/PROVINSI.....

VA NOMOR

TRIWULAN/BULAN.....TAHUN.....

NOMOR.....

Pada hari ini (tgl/bln/thn) telah dilaksanakan perhitungan selisih lebih atau kurang atas pembayaran iuran dan Bantuan iuran untuk Triwulan/Bulan.....Tahun..... antara BPJS Kesehatan Cabang..... dengan Dinas.....

Perhitungan selisih lebih atau selisih kurang pembayaran iuran dan Bantuan iuran adalah perbandingan antara iuran dan Bantuan iuran yang telah dibayarkan kepada BPJS Kesehatan dengan data realisasi iuran dan Bantuan iuran yang seharusnya dibayarkan sebagaimana hasil pemutakhiran data.

1a. Pencairan Iuran Peserta PBP&BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:

a. SPM/SP2D	Rp
Bulan.....	.....
b. SPM/SP2D	Rp
Bulan.....	.....
Dst	
Jumlah Pencairan	Rp

1b. Pencairan Bantuan Iuran Peserta PBP&BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:

a. SPM/SP2D	Rp
Bulan.....	.....

b.	SPM/SP2D	Rp
	Bulan.....	.....
	Dst	
	Jumlah Pencairan	Rp
	
1c.	Total Pencairan Iuran dan Bantuan Iuran Peserta PBPU/BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah:	Rp.
2a.	Realisasi Iuran Peserta PBPU/BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yang seharusnya dibayarkan:	
	a. Bulan.....	
	b. Bulan.....	
	Dst	
2b	Realisasi Bantuan Iuran Peserta PBPU/BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yang seharusnya dibayarkan:	
	a. Bulan.....	
	b. Bulan.....	
	Dst	
2c.	Total Iuran dan Bantuan Iuran Peserta PBPU/BP Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yang seharusnya dibayarkan:	Rp.....
3.	Kekurangan/kelebihan pencairan dana	Rp
	

Tindak lanjut atas hasil berita acara ini:

- a. Kelebihan pencairan dana akan diperhitungkan pada tagihan bulan berikutnya.

- b. Kekurangan pencairan dana akan ditagihkan oleh BPJS Kesehatan Kesehatan pada H+1 setelah rekonsiliasi.

Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

PIHAK PERTAMA

Kepala BPJS Kesehatan

Cabang.....

PIHAK KEDUA

(Pejabat Pemerintah Daerah)

.....

.....

.....

LAMPIRAN REKONSILIASI DATA PESERTA, IURAN DAN BANTUAN IURAN TRIWULANAN
 PESERTA BPJS/ BP KLAS III PENDUDUK YANG DIDAFTARKAN OLEH PEMERINTAH DAERAH
 ANTARA BPJS KESEHATAN CABANG
 DENGAN PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN (KODE PKS:.....)
 NOMOR VA (IURAN KAB)
 NOMOR VA (BANTUAN IURAN KAB)
 BULAN TAHUN
 NOMOR :

NO	KETERANGAN	JUMLAH PESERTA HASIL PEMUTAKHIRAN DATA	JUMLAH BAYI DAN PESERTA BARU DIDAFTARKAN	JUMLAH TAGIHAN IURAN	IURAN YANG TELAH DIBAYARKAN	JUMLAH TAGIHAN BANTUAN IURAN	BANTUAN IURAN YANG TELAH DIBAYARKAN	TOTAL LEBIH / KURANG BAYAR
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(6-5)+(8-7)
A	DATA BPJS KESEHATAN							
1	JANUARI 2021		-					
2	FEBRUARI 2021		-					
3	MARET 2021		-					
	TOTAL DATA BPJS KESEHATAN	-	-			-	-	
B	DATA PEMERINTAH DAERAH							
1	JANUARI 2021							
2	FEBRUARI 2021							
3	MARET 2021							
	TOTAL DATA PEMERINTAH DAERAH	-	-			-	-	
C	DATA HASIL REKON							
1	JANUARI 2021							
2	FEBRUARI 2021							
3	MARET 2021							
	TOTAL DATA HASIL REKON							
D	SELISIH DENGAN HASIL REKON							
1	JANUARI 2021	-	-			-	-	-
2	FEBRUARI 2021	-	-			-	-	-
3	MARET 2021	-	-			-	-	-
D	TOTAL KURANG/LEBIH BAYAR TAGIHAN	-	-			-	-	-

Tempat, tg/bb/tahun

PIHAK PERTAMA
 KEPALA BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG

PIHAK KEDUA
 DINAS KESEHATAN KAB/KOTA

.....

.....

6. Format Berita Acara Rekonsiliasi Paska Review APIP
BERITA ACARA REKONSILIASI SELISIH LEBIH ATAU KURANG PASKA REVIEW
APIP DARI KPA
PESERTA PBPU&BP KELAS III YANG DIDAFTARKAN OLEH PEMERINTAH
DAERAH
ANTARA BPJS KESEHATAN CABANG.....
DENGAN PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA/PROVINSI.....
VA NOMOR
TRIWULAN/BULAN.....TAHUN.....
NOMOR.....

Pada hari ini (tgl/bln/thn) telah dilaksanakan perhitungan selisih lebih atau kurang atas pembayaran Bantuan luran untuk Triwulan/Bulan.....Tahun..... antara BPJS Kesehatan Cabang..... dengan Dinas.....

Perhitungan selisih lebih atau selisih kurang pembayaran Bantuan luran adalah perbandingan antara Bantuan luran yang telah dibayarkan kepada BPJS Kesehatan dengan data realisasi Bantuan luran yang seharusnya dibayarkan sebagaimana hasil review APIP dari KPA Bersama lampiran yang tidak dapat dipisahkan.

1. Pencairan Bantuan luran Peserta PBPU/BP Kelas III yang mendaftarkan diri secara mandiri:

a. SPM/SP2D Bulan..... Rp

b. SPM/SP2D Bulan..... Rp

Dst

Jumlah Pencairan Rp

2. Realisasi Bantuan luran Peserta PBPU/BP Kelas III yang mendaftarkan diri secara mandiri yang seharusnya dibayarkan sebagaimana hasil review APIP dari KPA:

a. Bulan.....

b. Bulan.....

Dst

3. Kekurangan/kelebihan pencairan dana Rp

Tindak lanjut atas hasil berita acara ini:

- a. Kelebihan pencairan dana akan diperhitungkan pada tagihan bulan berikutnya.
- b. Kekurangan pencairan dana akan ditagihkan oleh BPJS Kesehatan Kesehatan pada H+1 setelah rekonsiliasi.

Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

PIHAK PERTAMA

Kepala BPJS Kesehatan

Cabang.....

PIHAK KEDUA

Pejabat Pemerintah Daerah

(.....)

.....

.....

**BERITA ACARA VERIFIKASI JUMLAH DATA BANTUAN IURAN
PESERTA PBU&BP KELAS III YANG MENDAFTARKAN DIRI SECARA MANDIRI
ANTARA BPJS KESEHATAN CABANG.....
DENGAN PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA/PROVINSI.....
VA NOMOR
BULAN.....TAHUN.....
NOMOR.....**

No	Bulan	Realisasi Peserta		
		Jumlah Peserta	Tagihan luran	luran yang Dibayar
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	bln/thn			

- a. Pemerintah Daerah akan melakukan pembayaran bantuan iuran sesuai dengan hasil verifikasi jumlah data bantuan iuran sebagaimana tertuang dalam Berita Acara ini.
- b. Kekurangan atau kelebihan pembayaran bantuan iuran yang telah dibayarkan akan diperhitungkan pada Berita Acara Rekonsiliasi Selisih Lebih atau Kurang.

<p>PIHAK PERTAMA</p> <p>Kepala BPJS Kesehatan Cabang.....</p> <p>.....</p> <hr/>	<p>PIHAK KEDUA</p> <p>(Pejabat Pemerintah Kabupaten Kota/ Provinsi DKI Jakarta)</p> <p>.....</p> <hr/>
---	---

8. Format Berita Acara Rekonsiliasi Paska Review APIP

**BERITA ACARA REKONSILIASI SELISIH LEBIH ATAU KURANG PEMBAYARAN
BANTUAN IURAN
PESERTA PBPU&BP KELAS III YANG MENDAFTARKAN DIRI SECARA MANDIRI
PASKA REVIEW APIP DARI KPA
ANTARA BPJS KESEHATAN CABANG.....
DENGAN PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA/PROVINSI.....
VA NOMOR
TRIWULAN/BULAN.....TAHUN.....
NOMOR.....**

Pada hari ini (tgl/bln/thn) telah dilaksanakan perhitungan selisih lebih atau kurang atas pembayaran Bantuan Iuran untuk Triwulan/Bulan.....Tahun..... antara BPJS Kesehatan Cabang..... dengan Dinas.....

Perhitungan selisih lebih atau selisih kurang pembayaran Bantuan Iuran adalah perbandingan antara Bantuan Iuran yang telah dibayarkan kepada BPJS Kesehatan dengan data realisasi Bantuan Iuran yang seharusnya dibayarkan sebagaimana hasil review APIP dari KPA Bersama lampiran yang tidak dapat dipisahkan.

1. Pencairan Bantuan Iuran Peserta PBPU/BP Kelas III yang mendaftarkan diri secara mandiri:

c. SPM/SP2D Bulan.....	Rp

d. SPM/SP2D Bulan.....	Rp

Dst	
Jumlah Pencairan	Rp

2. Realisasi Bantuan Iuran Peserta PBPU/BP Kelas III yang mendaftarkan diri secara mandiri yang seharusnya dibayarkan sebagaimana hasil review APIP dari KPA:

a. Bulan.....

b. Bulan.....

Dst

3. Kekurangan/kelebihan pencairan dana

Rp

.....

.....

Tindak lanjut atas hasil berita acara ini:

- a. Kelebihan pencairan dana akan diperhitungkan pada tagihan bulan berikutnya.
- b. Kekurangan pencairan dana akan ditagihkan oleh BPJS Kesehatan Kesehatan pada H+1 setelah rekonsiliasi.

Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

PIHAK PERTAMA

Kepala BPJS Kesehatan

Cabang.....

PIHAK KEDUA

(Pejabat Pemerintah Provinsi)

.....

.....

.....

9. Format Pakta Integritas Pemberian Data

PAKTA INTEGRITAS PEMBERIAN DATA

Pakta Integritas ini dibuat dan ditandatangani di Jakarta pada tanggal.....bulan
..... tahun oleh saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Nomor KTP :

Alamat :

Instansi :

Telah membaca, memahami, dan menyanggupi kewajiban yang harus saya lakukan selaku pemohon informasi sebagai berikut:

1. Tidak akan menggunakan data/informasi yang saya peroleh dari BPJS Kesehatan untuk diperjualbelikan, diperdagangkan, atau untuk hal-hal yang bersifat komersil lainnya.
2. Hanya menggunakan data/informasi yang saya peroleh dari BPJS Kesehatan untuk keperluan
3. Apabila di kemudian hari saya terindikasi dan/atau terbukti melanggar ketentuan yang tercantum di dalam Pakta Integritas ini, maka saya bersedia menanggung konsekuensinya dan mempertanggungjawabkannya secara hukum.
4. Adapun data dan informasi yang diberikan adalah file detail data peserta PBI JK yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya di FKTP (By Name By Address).

Demikian Pakta Integritas ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

(tempat), (bulan) (tahun)
Pemohon informasi,

(.....)

10. Format Perjanjian Kerahasiaan Informasi

**PERJANJIAN KERAHASIAAN INFORMASI
ANTARA
PEMERINTAH PROVINSI/KABUPATEN/KOTA [____]

DENGAN

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
KEDEPUTIAN WILAYAH/CABANG [____]**

Nomor BPJS Kesehatan :
Nomor Pemda:

Perjanjian Kerahasiaan Informasi ini dibuat dan ditandatangani pada tanggal [____] bulan [____] tahun [____], (DD-MM-YYYY) bertempat di [____] oleh dan antara :

- I. [____] selaku Kepala [____] Provinsi/Kabupaten/Kota [____] dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut untuk dan atas nama serta sah mewakili Provinsi/Kabupaten/Kota [____] berdasarkan Surat Keputusan Nomor : [____] tanggal [____] Perihal [____], selanjutnya disebut dengan “PIHAK KESATU”;
- II. [____] selaku Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang [____] yang dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan [____] Nomor : [____] tanggal [____] tentang [____] karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan, selanjutnya disebut “**PIHAK KEDUA**”.

Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota [____] dan BPJS Kesehatan secara bersama-sama disebut PARA PIHAK, dan secara masing-masing disebut PIHAK.

Dengan terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

- A. Bahwa **PIHAK KESATU** bermaksud untuk, melaksanakan kewajiban untuk memberikan Bantuan iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana diamanatkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan serta Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Bantuan Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III, dan Bantuan Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat dan /atau Pemerintah Daerah.

- B. Bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional telah menetapkan **PIHAK KEDUA** sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan peraturan pelaksanaannya.
- C. Bahwa BPJS Kesehatan akan memberikan informasi data peserta yang berhubungan dengan Perjanjian ini yang selanjutnya disebut “informasi rahasia”.

Sehubungan dengan hal-hal tersebut di atas, Para Pihak dengan ini sepakat untuk mengadakan Perjanjian Kerahasiaan Informasi (selanjutnya disebut dengan “**Perjanjian**”) dengan syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan sebagai berikut:

1. Yang dimaksud dengan **Informasi Rahasia** dalam Perjanjian ini adalah (i) setiap data, informasi, dokumen, keterangan dan materi lainnya (termasuk opini, perkiraan, analisa, kompilasi, kajian, usulan dan hal-hal lain yang dihasilkan dari opini, perkiraan, analisa, kompilasi, kajian, usulan tersebut), (ii) setiap proses, teknik, sistem, prosedur, metode operasional, program komputer, perangkat lunak (*software*) dan/atau perangkat keras (*hardware*), (iii) *design*, perencanaan, strategi, proyek yang saling diberikan oleh satu PIHAK kepada PIHAK lainnya atau pihak ketiga yang bertindak atas nama masing-masing PIHAK, yang diberikan dalam bentuk tertulis, dan/atau elektronik, baik yang diberi tanda rahasia atau tidak diberi tanda rahasia, baik yang diterima sebelum atau sesudah tanggal efektif berlakunya Perjanjian ini merupakan rahasia dan hanya akan dipergunakan sehubungan dengan tujuan tersebut diatas.
2. PARA PIHAK dalam Perjanjian ini setuju untuk tidak memberikan Informasi Rahasia kepada pihak ketiga manapun atau menggunakan Informasi Rahasia untuk tujuan selain dari yang ditetapkan pada Perjanjian ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari pihak lainnya.
3. Pengertian Informasi Rahasia dikecualikan terhadap informasi-informasi sebagai berikut:
 - (a) Informasi tersebut telah tersedia untuk masyarakat umum, digunakan untuk kepentingan komersial atau kepentingan lain yang bukan merupakan akibat dari pelanggaran Perjanjian ini;
 - (b) Informasi tersebut diperoleh secara sah dari pihak ketiga yang tidak terikat dengan pembatasan kerahasiaan dan tidak melanggar Perjanjian ini;
 - (c) Informasi tersebut diperintahkan untuk dibuka untuk memenuhi ketentuan hukum yang berlaku, perintah pengadilan atau badan pemerintahan lain yang berwenang.
4. PARA PIHAK dalam Perjanjian ini setuju bahwa Informasi Rahasia sebagaimana dimaksud dalam Perjanjian ini merupakan hak dan/atau milik pemberi Informasi Rahasia sepenuhnya, karenanya setiap pengungkapan dan/atau penggunaan Informasi Rahasia yang dilakukan tidak sesuai dengan cara-cara yang ditetapkan

dalam Perjanjian ini akan digolongkan sebagai tindakan pelanggaran dan/atau kelalaian terhadap Perjanjian ini.

5. Rahasia dengan ketentuan sebagai berikut:

- (a) Informasi Rahasia diungkapkan kepada karyawan, penasehat, konsultan, subkontraktor atau agen dari pihak penerima (selanjutnya secara masing-masing maupun bersama-sama disebut "**Perwakilan**") sepanjang diperlukan untuk melaksanakan Tujuan sebagaimana disebutkan pada Perjanjian ini;
 - (b) Masing-masing pihak akan bertanggung jawab atas pelanggaran isi Perjanjian yang dilakukan oleh Perwakilan dan akan memastikan bahwa Perwakilan dari masing-masing pihak mengetahui dan mematuhi isi Perjanjian ini, seolah-olah Perwakilan tersebut pihak dalam Perjanjian ini.
6. PARA PIHAK memahami bahwa pihak lainnya tidak memberikan pernyataan atau jaminan apapun tentang keakuratan atau kelengkapan dari Informasi Rahasia.
7. PARA PIHAK setuju melakukan upaya untuk menjaga kerahasiaan Informasi Rahasia dengan cara-cara yang minimal sama dan sepadan dengan cara-cara yang dilakukan dalam menjaga kerahasiaan informasi miliknya sendiri.
8. PARA PIHAK setuju bahwa masing-masing pihak berhak untuk mempersiapkan dokumen dalam bentuk analisa, ringkasan, laporan tertulis atau dokumen setara lainnya yang berasal dari Informasi Rahasia untuk tujuan internalnya.
9. Perjanjian Kerahasiaan ini mulai berlaku terhitung sejak tanggal sampai dengan tanggal
10. PARA PIHAK setuju bahwa syarat dan ketentuan Perjanjian ini akan berlaku selama pelaksanaan Tujuan dan akan tetap berlaku setelah berakhirnya setiap pembahasan atau perundingan terkait dengan Tujuan.
11. PARA PIHAK setuju untuk mengesampingkan ketentuan pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata sepanjang mengenai diperlukannya putusan pengadilan untuk mengakhiri Perjanjian ini.
12. Sesuai dengan permintaan pihak pemberi Informasi Rahasia, maka pihak penerima Informasi Rahasia akan mengembalikan seluruh Informasi Rahasia yang telah diterimanya atau memusnahkan atau menghapus secara permanen (sepanjang hal tersebut dapat dilakukan) semua salinan Informasi Rahasia yang telah dibuat dan memastikan bahwa setiap orang yang telah diberikan Informasi Rahasia juga akan memusnahkan atau menghapus secara permanen (sepanjang hal tersebut dapat dilakukan) Informasi Rahasia yang diberikan tersebut berikut setiap salinannya termasuk memberikan bukti tertulis tentang pemusnahan atau penghapusan tersebut, kecuali jika pihak penerima Informasi Rahasia diwajibkan untuk menyimpan Informasi Rahasia berdasarkan hukum atau peraturan perundang-undangan yang berlaku atau

instansi pemerintah yang berwenang sehubungan dengan angka 3 (d) Perjanjian ini. Masing-masing pihak tidak akan menyimpan Informasi Rahasia ataupun salinannya tanpa persetujuan tertulis terlebih dahulu dari pihak lainnya.

13. PARA PIHAK sepenuhnya setuju dan memahami bahwa masing-masing pihak berhak untuk mengajukan upaya hukum guna memperoleh putusan tentang penggantian kerugian melalui pengadilan mana pun termasuk melarang pihak lainnya melanggar ketentuan-ketentuan pada Perjanjian ini atau melarang mengungkapkan setiap Informasi Rahasia kepada pihak mana pun. Masing-masing pihak dengan ini menjamin akan memberikan penggantian kerugian kepada pihak lainnya atas setiap biaya, gugatan, tuntutan, atau bertanggung jawab dalam bentuk apa pun atas kerugian yang timbul baik karena akibat langsung maupun tidak langsung atas suatu pelanggaran terhadap isi Perjanjian ini.
14. Perjanjian ini tunduk oleh dan ditafsirkan sesuai dengan hukum Republik Indonesia.
15. Terkait dengan pelaksanaan isi Perjanjian ini, PARA PIHAK setuju untuk menyelesaikan setiap sengketa yang dapat timbul melalui musyawarah untuk mufakat.
16. Jika Perselisihan tidak dapat diselesaikan melalui musyawarah mufakat maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui Pengadilan Negeri Jakarta Pusat.
17. Tidak satupun ketentuan dalam Perjanjian ini dapat ditafsirkan sebagai komitmen dari salah satu pihak kepada pihak lainnya untuk memasuki suatu transaksi atau kerjasama termasuk salah satu pihak tidak bertindak sebagai konsultan atau penasihat bagi pihak lainnya.
18. Semua tambahan atau perubahan terhadap Perjanjian ini harus dibuat dalam bentuk tertulis dan ditandatangani oleh PARA PIHAK, serta dituangkan dalam bentuk Addendum.

Perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) dan bermaterai cukup serta keduanya mempunyai kekuatan hukum yang sama.

PIHAK KESATU

PIHAK KEDUA

[_____]

[_____]

BAB X

MEKANISME REKONSILIASI IURAN JAMINAN KESEHATAN

Kegiatan rekonsiliasi iuran dilaksanakan di Kantor Pusat dan di KC.

A. Rekonsiliasi iuran yang dilaksanakan di Kantor Pusat terdiri dari:

1. Rekonsiliasi iuran DIPA;
2. Rekonsiliasi iuran PFK;
3. Rekonsiliasi iuran PBI JK;
4. Rekonsiliasi iuran Pensiunan PNS dengan PT. Taspen (Persero);
5. Rekonsiliasi iuran Pensiunan TNI/Polri dengan PT. Asabri (Persero); dan
6. Rekonsiliasi Bantuan iuran Pemerintah Pusat.

B. Rekonsiliasi iuran yang dilaksanakan di KC terdiri dari:

1. Rekonsiliasi iuran PPU Pemda (PNS Daerah, PPNP, PPPK, Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah, Ketua dan Anggota DPRD);
2. Rekonsiliasi Pemotongan Dana Transfer Daerah;
3. Rekonsiliasi iuran KP Desa;
4. Rekonsiliasi iuran Pegawai Swasta (Badan Usaha);
5. Rekonsiliasi Kontribusi iuran;
6. Rekonsiliasi iuran Peserta Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PD Pemda);
7. Rekonsiliasi iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang mendaftar secara mandiri;
8. Rekonsiliasi Bantuan iuran Peserta PD Pemda;
9. Rekonsiliasi Bantuan iuran PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang mendaftar secara mandiri; dan
10. Rekonsiliasi Pajak Rokok.

A. Rekonsiliasi iuran yang Dilaksanakan di Kantor Pusat

1. Rekonsiliasi iuran Jaminan Kesehatan DIPA

Mekanisme perhitungan selisih lebih/kurang penerimaan iuran Jaminan Kesehatan DIPA dilaksanakan melalui kegiatan rekonsiliasi rutin yang dilaksanakan setiap triwulan dengan pengaturan sebagai berikut:

a. Ketentuan Umum

- 1). Jumlah luran setiap segmen dihitung berdasarkan rata-rata Gaji atau Upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja PNS Pusat, TNI/POLRI yang berlaku setiap tahunnya;
- 2). Jumlah luran segmen peserta pensiun dihitung berdasarkan pensiun pokok dan tunjangan keluarga;
- 3). Jumlah luran segmen PPNP dan PPPK Pusat dihitung berdasarkan upah dan tunjangan tetap;
- 4). Data Veteran dan perintis Kemerdekaan dihitung berdasarkan Gaji PNS Golongan IIIA masa kerja 14 (empat belas) tahun yaitu $Gaji \times 45\% \times 5\%$;
- 5). Batas paling tinggi gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah);
- 6). Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran luran bagi Peserta PPU yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota;
- 7). Dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum kabupaten/kota maka yang menjadi dasar perhitungan besaran luran yaitu sebesar upah minimum provinsi; dan
- 8). Kuasa Pengguna Anggaran (KPA BUN) bersama BPJS Kesehatan melakukan rekonsiliasi data pembayaran luran Jaminan Kesehatan DIPA secara rutin setiap triwulan untuk validasi data kepesertaan dan validasi realisasi pembayaran luran Jaminan Kesehatan DIPA yang diterima oleh BPJS Kesehatan setiap bulan.

b. Peserta Rekonsiliasi

Rekonsiliasi penerimaan luran Jaminan Kesehatan DIPA dilaksanakan oleh:

- 1). Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI selaku Kuasa Pengguna Anggaran Bendahara Umum Negara; dan
- 2). BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran

c. Persiapan Rekonsiliasi

- 1). BPJS Kesehatan melakukan koordinasi dengan KPA BUN untuk melakukan rekonsiliasi luran Jaminan Kesehatan DIPA;
- 2). BPJS Kesehatan menyampaikan undangan rekonsiliasi luran Jaminan Kesehatan DIPA kepada KPA BUN;

- 3). Dalam kondisi yang tidak memungkinkan dilakukan rekonsiliasi dengan cara tatap muka, kegiatan rekonsiliasi dapat dilaksanakan dengan menggunakan media komunikasi elektronik berupa *video conference*.

d. Tujuan Kegiatan

Kegiatan rekonsiliasi Iuran Jaminan Kesehatan DIPA bertujuan untuk:

- 1). Melakukan kesepakatan perhitungan realisasi setoran Iuran Jaminan Kesehatan DIPA (4% dari pemberi kerja PNS Pusat, 4% dari pemberi kerja TNI/POLRI, 3% dari pemberi kerja Penerima Pensiun, Iuran Jaminan Kesehatan PPNPN Pusat dan PPPK Pusat, dan 5% Iuran Jaminan Kesehatan Veteran dan Perintis Kemerdekaan) yang telah dibayarkan ke BPJS Kesehatan dengan merujuk kepada ketentuan peraturan berlaku yang dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi;
- 2). Tercapainya komunikasi yang baik dan hubungan kemitraan yang harmonis antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Keuangan RI sehingga menghasilkan hubungan yang berkelanjutan antara kedua belah pihak.

e. Fokus Utama Kegiatan

Kegiatan difokuskan antara lain untuk:

- 1). Mengumpulkan dan melakukan validasi data Iuran Jaminan Kesehatan DIPA yang telah dibayarkan oleh KPA BUN berdasarkan tagihan yang disampaikan oleh BPJS Kesehatan;
- 2). Memastikan Iuran Jaminan Kesehatan DIPA yang telah dibayarkan sesuai dengan Iuran Jaminan Kesehatan DIPA yang seharusnya diterima oleh BPJS Kesehatan;
- 3). Melakukan perhitungan Iuran jaminan kesehatan yang seharusnya dibayarkan oleh KPA BUN untuk Iuran 4% dari pemberi kerja PNS Pusat, 4% dari pemberi kerja TNI/POLRI, 3% dari pemberi kerja Penerima Pensiun, Iuran Jaminan Kesehatan PPNPN Pusat dan PPPK Pusat, dan 5% Iuran Jaminan Kesehatan Veteran dan Perintis Kemerdekaan; dan
- 4). Menyepakati hasil perhitungan yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan dan KPA BUN.

f. Data/Dokumen yang Dibutuhkan

1). Dari KPA BUN

- a). Realisasi penerimaan luran Jaminan Kesehatan 1% dari Peserta PNS Pusat, 2% dari Peserta Penerima Pensiun, 1% dari PPNNP Pusat dan PPPK Pusat, 1% dari Peserta TNI/POLRI, dan perhitungan 5% luran Jaminan Kesehatan Veteran dan Perintis Kemerdekaan berdasarkan data peserta per bulan yang merupakan luaran dari neraca percobaan Laporan Keuangan Bendahara Umum Negara (LK BUN).
- b). Bukti setoran luran jaminan kesehatan ke BPJS Kesehatan per bulan.

2). Dari BPJS Kesehatan

- a). Fotokopi dokumen tagihan luran Jaminan Kesehatan DIPAA per bulan;
- b). Fotokopi Berita Acara Rekonsiliasi luran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun PNS;
- c). Fotokopi Berita Acara Rekonsiliasi luran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun TNI/POLRI; dan
- d). Format kertas kerja perhitungan luran jaminan kesehatan dan Berita Acara Rekonsiliasi

g. Ruang Lingkup Rekonsiliasi

- 1). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU Pemerintah Pusat terdiri atas:
 - a). gaji atau upah pokok;
 - b). tunjangan keluarga;
 - c). tunjangan jabatan atau tunjangan umum;
 - d). tunjangan profesi; dan
 - e). tunjangan kinerja.
- 2). 2% Potongan luran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun PNS yang disetorkan oleh PT. TASPEN (Persero) yang disetorkan ke Kas Negara;
- 3). 2% Potongan luran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun TNI/POLRI yang disetorkan oleh PT. ASABRI (Persero) yang disetorkan ke Kas Negara;
- 4). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan luran jaminan kesehatan bagi peserta PPPK Pusat berupa gaji pokok dan tunjangan tetap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 5). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan luran jaminan kesehatan bagi peserta PPNNP Pusat berupa penghasilan tetap, batas

rendah penghasilan tetap berdasarkan Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK). Dalam hal pemerintah kabupaten/kota belum menetapkan UMK maka menggunakan Upah Minimum Provinsi (UMP); dan

- 6). Perhitungan 5% Iuran Jaminan Kesehatan Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

h. Berita Acara Rekonsiliasi

- 1). Hasil rekonsiliasi Iuran Jaminan Kesehatan DIPA wajib dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan dan Direktur Sistem Perbendaharaan selaku KPA BUN; dan
- 2). Berita Acara Rekonsiliasi agar dibuat dalam 2 (dua) rangkap.

i. Perlakuan Selisih Lebih/Kurang Hasil Rekonsiliasi

1). Selisih Lebih

Dalam hal terdapat hasil rekonsiliasi menunjukkan realisasi melebihi realisasi Iuran Jaminan Kesehatan DIPA yang seharusnya dibayarkan maka dibuat kesepakatan bahwa kelebihan setoran Iuran akan dikompensasikan untuk membayar Iuran bulan berikutnya.

2). Selisih Kurang

Dalam hal terdapat selisih kurang Iuran Jaminan Kesehatan DIPA, maka kekurangan tersebut akan ditagihkan oleh BPJS Kesehatan pada Triwulan berikutnya.

- 3). Apabila dikemudian hari terhadap hasil rekonsiliasi masih terdapat selisih perhitungan sebagai akibat perbedaan data, Berita Acara yang telah ditetapkan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya

j. Waktu Pelaksanaan Rekonsiliasi

Pelaksanaan rekonsiliasi dilaksanakan secara rutin setiap triwulan dengan batas waktu pelaksanaan paling lambat sebagai berikut:

- 1). Triwulan I : Akhir bulan April
- 2). Triwulan II : Akhir bulan Juli
- 3). Triwulan III : Akhir bulan Oktober
- 4). Triwulan IV : Akhir bulan Desember

2. Rekonsiliasi Iuran Jaminan Kesehatan Perhitungan Pihak Ketiga (PFK)

Mekanisme perhitungan selisih lebih/kurang penerimaan Iuran Jaminan Kesehatan PFK dilaksanakan melalui kegiatan rekonsiliasi rutin yang dilaksanakan

setiap tahun dengan pengaturan sebagai berikut:

a. Ketentuan Umum

- 1). Besaran luran untuk pekerja penyelenggara negara yaitu sebesar 5% dari Gaji atau Upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah, dan berlaku sebagai luran untuk Pekerja dan paling banyak 4 (empat) anggota keluarga, dan dibayar dengan ketentuan:
 - a). 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja (luran Wajib Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah);
 - b). 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta (luran Wajib Peserta)
- 2). Batas paling tinggi gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU Penyelenggara Negara yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah);
- 3). Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran luran bagi Peserta PPU yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota;
- 4). Dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum kabupaten/kota maka yang menjadi dasar perhitungan besaran luran yaitu sebesar upah minimum provinsi; dan
- 5). Kuasa Pengguna Anggaran Bendahara Umum Negara (KPA BUN) bersama BPJS Kesehatan, Direktorat Sistem Informasi dan Teknologi Perbendaharaan (SITP) dan Direktorat Pengelola Kas Negara (PKN) Kementerian Keuangan RI melakukan rekonsiliasi data pembayaran luran jaminan kesehatan secara rutin setiap tahun untuk validasi data kepesertaan dan validasi pembayaran luran jaminan kesehatan PFK yang disetorkan kepada BPJS Kesehatan.

b. Peserta Rekonsiliasi

Rekonsiliasi penerimaan luran Jaminan Kesehatan DIPA dilaksanakan oleh:

- 1). Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI selaku KPA BUN;
- 2). Direktorat Pengelola Kas Negara (PKN) Kementerian Keuangan RI;
- 3). Direktorat Sistem Informasi dan Teknologi Perbendaharaan (SITP) Kementerian Keuangan RI; dan

- 4). BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran
- c. Persiapan Rekonsiliasi
- 1). BPJS Kesehatan melakukan koordinasi dengan KPA BUN, Direktorat PKN dan Direktorat SITP Kementerian Keuangan RI untuk melakukan rekonsiliasi Iuran Jaminan Kesehatan DIPA.
 - 2). BPJS Kesehatan menyampaikan undangan rekonsiliasi Iuran Jaminan Kesehatan DIPA kepada KPA BUN, Direktorat PKN dan Direktorat SITP Kementerian Keuangan RI.
 - 3). Dalam kondisi yang tidak memungkinkan dilakukan rekonsiliasi dengan cara tatap muka, kegiatan rekonsiliasi dapat dilaksanakan dengan menggunakan media komunikasi elektronik (*online*) berupa *video conference* sesuai ketentuan berlaku.
- d. Tujuan Kegiatan
- Kegiatan rekonsiliasi Iuran Jaminan Kesehatan PFK bertujuan untuk:
- 1). Melakukan kesepakatan perhitungan realisasi setoran Iuran Jaminan Kesehatan yang berasal dari Dana PFK yang telah dibayarkan ke BPJS Kesehatan dengan merujuk kepada ketentuan peraturan berlaku yang dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi.
 - 2). Tercapainya komunikasi yang baik dan hubungan kemitraan yang harmonis antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Keuangan RI sehingga menghasilkan hubungan yang berkelanjutan antara kedua belah pihak.
- e. Fokus Utama Kegiatan
- Kegiatan difokuskan antara lain untuk:
- 1). Mengumpulkan dan melakukan validasi data Iuran Jaminan Kesehatan PFK yang telah dibayarkan oleh KPA BUN ke BPJS Kesehatan telah sesuai dengan Iuran Jaminan Kesehatan PFK yang terkumpul di Kas Negara sebagai Iuran Aplikasi Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara (SPAN);
 - 2). Melakukan perhitungan Iuran jaminan kesehatan yang seharusnya dibayarkan oleh KPA BUN untuk Iuran 4% dari pemberi kerja PNS Pusat, 4% dari pemberi kerja TNI/POLRI, 3% dari pemberi kerja Penerima Pensiun, Iuran Jaminan Kesehatan PPNP Pusat dan PPPK Pusat, dan 5% Iuran Jaminan Kesehatan Veteran dan Perintis Kemerdekaan; dan

- 3). Menyepakati hasil perhitungan yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan dan KPA BUN.
- f. Data/Dokumen yang Dibutuhkan
- 1). Dari KPA BUN:
 - a). Realisasi penerimaan luran Jaminan Kesehatan yang bersumber dari PFK sebagai luaran dari aplikasi SPAN per bulan; dan
 - b). Bukti setoran luran jaminan kesehatan ke BPJS Kesehatan per bulan.
 - 2). Dari Direktorat PKN:
 - a). Fotokopi Surat Keputusan Pembayaran Perhitungan Pihak Ketiga (SKP PFK) per bulan; dan
 - b). Kertas kerja SKP PFK per bulan.
 - 3). Dari Direktorat SITP Kementerian Keuangan RI:
 - 4). Rincian data luran Jaminan Kesehatan yang bersumber dari PFK sebagai luaran dari Aplikasi SPAN.
 - 5). Dari BPJS Kesehatan:
 - a). Fotokopi dokumen tagihan luran Jaminan Kesehatan PFK per bulan;
 - b). Fotokopi Berita Acara Rekonsiliasi luran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun PNS Triwulan I-IV;
 - c). Fotokopi Berita Acara Rekonsiliasi luran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun TNI/POLRI Triwulan I-IV; dan
 - d). Format kertas kerja perhitungan luran jaminan kesehatan dan Berita Acara Rekonsiliasi.
- g. Ruang Lingkup Rekonsiliasi
- 1). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah terdiri atas:
 - a). gaji atau upah pokok;
 - b). tunjangan keluarga;
 - c). tunjangan jabatan atau tunjangan umum;
 - d). tunjangan profesi; dan
 - e). tunjangan kinerja bagi PPUP Pusat atau tunjangan tambahan penghasilan bagi PNS Daerah berdasarkan besaran pagu pada peraturan kepala daerah mengenai tambahan penghasilan

- 2). 2% Potongan Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun PNS yang disetorkan oleh PT. TASPEN (Persero) yang disetorkan ke Kas Negara;
 - 3). 2% Potongan Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Pensiun TNI/POLRI yang disetorkan oleh PT. ASABRI (Persero) yang disetorkan ke Kas Negara;
 - 4). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan iuran jaminan kesehatan bagi peserta PPPK Pusat dan Daerah berupa gaji pokok dan tunjangan tetap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 5). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan iuran jaminan kesehatan bagi peserta PPNPN Pusat dan Daerah berupa penghasilan tetap, batas rendah penghasilan tetap berdasarkan Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK). Dalam hal pemerintah kabupaten/kota belum menetapkan UMK maka menggunakan Upah Minimum Provinsi (UMP).
- h. Berita Acara Rekonsiliasi
- 1). Hasil rekonsiliasi iuran Jaminan Kesehatan PFK wajib dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan, Direktur Pengelola Kas Negara dan Direktur Sistem Perbendaharaan selaku KPA BUN.
 - 2). Berita Acara Rekonsiliasi agar dibuat dalam 3 (tiga) rangkap.
- i. Perlakuan Selisih Lebih/Kurang Hasil Rekonsiliasi
- 1). Selisih Lebih
 Dalam hal terdapat hasil rekonsiliasi menunjukkan realisasi melebihi realisasi iuran Jaminan Kesehatan PFK yang seharusnya dibayarkan maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan kelebihan tersebut ke Kas Negara, atau dilakukan kompensasi sebagai pengurang pada pembayaran iuran berikutnya yang dilakukan oleh Negara melalui Kementerian Keuangan.
 - 2). Selisih Kurang
 Dalam hal terdapat selisih kurang iuran Jaminan Kesehatan PFK, maka kekurangan tersebut akan ditagihkan oleh BPJS Kesehatan setelah menerima SKP PFK dari Direktorat PKN Kementerian Keuangan RI.
 - 3). Apabila dikemudian hari terhadap hasil rekonsiliasi masih terdapat selisih perhitungan sebagai akibat perbedaan data, Berita Acara yang telah ditetapkan akan diperbaiki sebagaimana mestinya

j. Waktu Pelaksanaan Rekonsiliasi

Pelaksanaan rekonsiliasi dilaksanakan secara rutin 1 (satu) tahun sekali dengan batas waktu pelaksanaan paling lambat bulan Juni.

3. Rekonsiliasi PBI JK

- a. Rekonsiliasi iuran PBI JK dilaksanakan dengan memperhitungkan kembali dana iuran yang telah ditagihkan dengan iuran yang seharusnya diterima berdasarkan realisasi data peserta PBI JK yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya di FKTP.
- b. Rekonsiliasi iuran PBI JK dilaksanakan oleh KPA dan BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran dan UKPF Kepesertaan.
- c. Rekonsiliasi iuran PBI JK dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan sekali.
- d. Hasil rekonsiliasi iuran PBI JK dituangkan dalam Berita Acara Hasil Rekonsiliasi sebagaimana format yang tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan yang berlaku ditandatangani oleh KPA dan Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan.
- e. Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan atau kekurangan iuran PBI JK yang seharusnya diterima, maka:
 - 1). Apabila terdapat hasil kelebihan iuran PBI JK yang seharusnya diterima maka, kelebihan iuran tersebut dapat diperhitungkan pada tagihan bulan berikutnya atau disetorkan langsung ke Kas Negara;
 - 2). Apabila terdapat kekurangan iuran PBI JK yang seharusnya diterima, maka dapat ditagihkan kepada KPA setelah Berita Acara ditandatangani.
- f. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran iuran PBI JK mengacu kepada Peraturan Menteri Keuangan.

4. Rekonsiliasi iuran Pensiunan PNS dan Pejabat Negara Dengan PT. TASPEN

- a. Rekonsiliasi iuran pensiunan PNS dan Pejabat Negara dilaksanakan dengan memperhitungkan kembali dana iuran yang telah disetorkan ke Kas Negara dengan iuran yang telah diterima melalui PFK.
- b. Rekonsiliasi iuran pensiunan PNS dan Pejabat Negara dilaksanakan oleh PT Taspen (Persero), Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran.

- c. Rekonsiliasi luran pensiunan PNS dan Pejabat Negara dilaksanakan setiap Triwulan.
- d. Hasil rekonsiliasi luran pensiunan PNS dan Pejabat Negara dituangkan dalam Berita Acara Hasil Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh PT Taspen (Persero), Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran;
- e. Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan atau kekurangan luran Pensiunan PNS dan Pejabat Negara yang seharusnya diterima, maka:
 - 1). Apabila terdapat hasil kelebihan luran yang seharusnya diterima maka, kelebihan luran tersebut dapat disetorkan langsung ke Kas Negara atau mengurangi potongan luran bulan selanjutnya; dan
 - 2). Apabila terdapat kekurangan luran yang seharusnya diterima, maka PT Taspen (Persero) menyetorkan kekurangan hasil rekonsiliasi ke Kas Negara maksimal 7 (tujuh) hari kerja setelah Berita Acara Hasil Rekonsiliasi ditandatangani.
- f. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan rekonsiliasi luran pensiunan PNS dan Pejabat Negara mengacu kepada Kesepakatan Bersama antara PT Taspen (Persero) dan BPJS Kesehatan.

5. Rekonsiliasi luran Pensiunan TNI/Polri Dengan PT. ASABRI

- a. Rekonsiliasi luran pensiunan TNI/Polri dilaksanakan dengan memperhitungkan kembali dana luran yang telah disetorkan ke Kas Negara dengan luran yang telah diterima melalui PFK.
- b. Rekonsiliasi luran pensiunan PNS dan Pejabat Negara dilaksanakan oleh PT Asabri (Persero), Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran;
- c. Rekonsiliasi luran pensiunan TNI/Polri dilaksanakan setiap Triwulan;
- d. Hasil rekonsiliasi luran pensiunan PNS dan Pejabat Negara dituangkan dalam Berita Acara Hasil Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh PT Asabri (Persero), Direktorat Sistem Perbendaharaan Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen luran; dan
- e. Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan atau kekurangan luran Pensiunan TNI/Polri yang seharusnya diterima, maka:
 - 1). Apabila terdapat hasil kelebihan luran yang seharusnya diterima maka, kelebihan luran tersebut dapat disetorkan langsung ke Kas Negara atau

- mengurangi potongan luran bulan selanjutnya; dan
- 2). Apabila terdapat kekurangan luran yang seharusnya diterima, maka PT Asabri (Persero) menyetorkan kekurangan hasil rekonsiliasi ke Kas Negara maksimal 7 (tujuh) hari kerja setelah Berita Acara Hasil Rekonsiliasi ditandatangani.
 - f. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan rekonsiliasi luran pensiunan PNS dan Pejabat Negara mengacu kepada Kesepakatan Bersama antara PT Asabri (Persero) dan BPJS Kesehatan.

6. Rekonsiliasi Bantuan luran Pemerintah Pusat

Rekonsiliasi Bantuan luran Pemerintah Pusat setiap 3 (tiga) bulan dengan penjelasan:

- a. KPA dan BPJS Kesehatan melakukan perhitungan selisih lebih atau selisih kurang atas pembayaran Bantuan luran yang telah dicairkan dengan realisasi Bantuan luran yang seharusnya dibayarkan berdasarkan hasil reuiu APiP;
- b. Dalam hal hasil perhitungan selisih lebih atau selisih kurang menunjukkan jumlah dana yang dicairkan lebih dari jumlah dana yang seharusnya dibayarkan, kelebihan atas pembayaran tersebut diperhitungkan dengan tagihan berikutnya;
- c. Dalam hal hasil perhitungan selisih lebih atau selisih kurang menunjukkan jumlah dana yang dicairkan kurang dari jumlah dana yang seharusnya dibayarkan, kekurangan atas pembayaran tersebut dapat diajukan tagihan kekurangannya kepada KPA; dan
- d. Hasil Perhitungan dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi sebagaimana format yang telah ditentukan, yang ditandatangani oleh Direktur Teknis BPJS Kesehatan dan KPA.

B. Rekonsiliasi luran yang Dilaksanakan di KC

1. Rekonsiliasi Peserta PPU Pemerintah Daerah

Mekanisme pemutakhiran data penerimaan luran dan data kepesertaan PPU Pemerintah Daerah dilaksanakan melalui kegiatan rekonsiliasi rutin yang dilaksanakan setiap triwulan dengan pengaturan sebagai berikut:

- a. Ketentuan Umum
 - 1). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU pemerintah daerah terdiri atas gaji atau upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum,

tunjangan profesi dan tambahan penghasilan bagi PNS Daerah berdasarkan besaran pagu pada peraturan kepala daerah mengenai tambahan penghasilan;

- 2). Komposisi prosentase luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan komposisi 4% (empat persen) dibayar oleh pemberi kerja 1% (satu persen) dibayar oleh peserta;
- 3). Batas paling tinggi gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran luran jaminan kesehatan bagi peserta PPU yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah).
- 4). Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran luran bagi Peserta PPU yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota;
- 5). Dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum kabupaten/kota maka yang menjadi dasar perhitungan besaran luran yaitu sebesar upah minimum provinsi; dan
- 6). Pemerintah daerah bersama BPJS Kesehatan dan KPPN melakukan rekonsiliasi data pembayaran luran jaminan kesehatan secara rutin setiap triwulan untuk validasi data kepesertaan dan validasi kebutuhan pembayaran luran jaminan kesehatan bulanan.
- 7). Dalam hal terdapat perubahan data kepesertaan dan terdapat selisih kurang atau lebih pembayaran berdasarkan hasil rekonsiliasi sebagaimana dimaksud angka 4, dilakukan penyesuaian data pada bulan berikutnya dan diperhitungkan dalam pembayaran luran jaminan kesehatan bulan berikutnya.

b. Persiapan

- 1). Kantor Cabang agar melakukan koordinasi dengan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota dan KPPN untuk melakukan kegiatan rekonsiliasi luran jaminan kesehatan peserta pekerja penerima upah pemerintah daerah;
- 2). Dalam rangka pemutakhiran data pembayaran luran dan data kepesertaan, yang bertanggung jawab untuk kegiatan rekonsiliasi adalah UKPF Penagihan & Keuangan dan UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta dengan menerbitkan keputusan Deputi Direksi Wilayah atau keputusan Kepala Cabang tentang pembentukan tim rekonsiliasi luran jaminan

kesehatan peserta PPU Pemerintah Daerah;

- 3). Kedeputian Wilayah agar melakukan koordinasi dengan Kantor Cabang untuk melakukan kegiatan rekonsiliasi yang melibatkan beberapa pemerintah daerah dalam satu provinsi atau satu kedeputian wilayah;
- 4). Kantor Cabang agar memastikan Kepala Daerah atau pejabat yang berwenang telah menerima surat undangan dan memperoleh konfirmasi kehadirannya;
- 5). Dalam kondisi yang tidak memungkinkan dilakukan rekonsiliasi dengan cara tatap muka, kegiatan rekonsiliasi dapat dilaksanakan dengan menggunakan media komunikasi elektronik berupa *video conference* / *teleconference* sesuai ketentuan berlaku.

c. Tujuan Kegiatan

Kegiatan rekonsiliasi ditujukan untuk:

- 1). Melakukan kesepakatan perhitungan realisasi setoran luran jaminan kesehatan segmen PNS Daerah, IW Pemda, luran Kepala Daerah dan Ketua dan Anggota DPRD, PPPK dan PPNPN APBD yang telah dibayarkan ke kas negara dengan merujuk kepada ketentuan peraturan berlaku yang dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi; dan
- 2). Tercapainya komunikasi yang baik dan hubungan kemitraan yang harmonis antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Daerah sehingga menghasilkan hubungan yang berkelanjutan antara kedua belah pihak.

d. Fokus Utama Kegiatan

Kegiatan difokuskan antara lain untuk:

- 1). Menyamakan persepsi mengenai dasar perhitungan luran jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Presiden dan Peraturan Menteri Dalam Negeri;
- 2). Mengumpulkan dan melakukan validasi data luran jaminan kesehatan yang telah dibayarkan oleh pemerintah daerah berdasarkan bukti penerimaan negara dan memastikan luran yang dibayarkan menggunakan kode akun yang benar;
- 3). Memastikan bahwa pemerintah daerah telah melakukan perhitungan luran jaminan kesehatan sesuai komposisi prosentase 1% dan 4%, batas paling tinggi gaji atau Upah sebesar Rp12.000.000, batas paling rendah gaji atau Upah sebesar upah minimum kabupaten/kota, atau upah minimum provinsi dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum

kabupaten/kota, dan dasar perhitungan luran telah sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor tentang Jaminan Kesehatan;

- 4). Melakukan perhitungan luran jaminan kesehatan yang seharusnya dibayarkan oleh pemerintah daerah untuk luran 1% dari peserta dan 4% dari pemberi kerja PPU Pemerintah Daerah menggunakan format kertas kerja yang telah ditentukan;
 - 5). Mendapatkan data kepesertaan PPU Pemerintah Daerah yang akurat untuk dapat dijadikan bahan pemutakhiran data masterfile kepesertaan;
 - 6). Menyepakati hasil perhitungan yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan yang ditandatangani oleh pihak BPJS Kesehatan, Pemerintah Daerah dan KPPN.
- e. Data/Dokumen yang Dibutuhkan
- 1). Dari Pemda Provinsi/Kabupaten/Kota:
 - a). Rekapitulasi data peserta *by name by address* (BNBA) yang berisi data penghasilan yang dibayarkan kepada pegawai dan data potongan penghasilan pegawai baik yang bersumber dari gaji induk, tunjangan maupun tambahan penghasilan pegawai (TPP).
 - b). Bukti setoran luran jaminan kesehatan ke kas negara per bulan berupa Bukti Penerimaan Negara (BPN) yang merupakan luaran sistem informasi pengelolaan keuangan negara, yang sudah memiliki NTPN (nomor tanda penerimaan negara).
 - c). Peraturan Kepala Daerah tentang pemberian tambahan penghasilan pegawai bagi pegawai negeri sipil di lingkungan pemerintah daerah masing-masing.
 - d). DPA SKPD yang memuat rincian belanja pegawai dan belanja jaminan kesehatan atau Perencanaan penganggaran luaran aplikasi Sistem Informasi Pemerintahan Daerah (SIPD).
 - 2). Dari BPJS Kesehatan:
 - a) Fotokopi bukti setoran luran jaminan kesehatan ke kas negara per bulan yang disampaikan oleh Pemerintah daerah kepada BPJS Kesehatan.
 - b) Rincian penerimaan luran dari aplikasi online monitoring sistem perbendaharaan anggaran negara yang disiapkan oleh Kementerian Keuangan dan dapat diakses oleh BPJS Kesehatan, untuk validasi nomor NTPN yang disampaikan oleh Pemerintah Daerah pada bukti penerimaan negara (BPN).

- c) Format kertas kerja perhitungan luran jaminan kesehatan dan Berita Acara Rekonsiliasi.
 - d) Regulasi dasar perhitungan luran jaminan kesehatan berupa Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Dalam Negeri tentang Penyetoran luran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja Penerima Upah di Lingkungan Pemerintah Daerah.
 - e) Aplikasi rekonsiliasi luran pemda yang telah dikembangkan oleh BPJS Kesehatan dengan terlebih dahulu disepakati oleh pihak pemda atau telah dilakukan uji coba dengan pemda sebelum dilakukan perhitungan rekonsiliasi.
- f. Ruang Lingkup Rekonsiliasi
- 1). Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan luran Jaminan Kesehatan bagi peserta PPU Pemerintah Daerah terdiri atas:
 - a). Kepala daerah dan wakil kepala daerah
 - (1). gaji pokok;
 - (2). tunjangan keluarga; dan
 - (3). tunjangan jabatan.
 - b). Pimpinan dan anggota DPRD
 - (1). gaji pokok;
 - (2). tunjangan keluarga; dan
 - (3). tunjangan jabatan
 - c). PNS Daerah
 - (1). gaji atau upah pokok;
 - (2). tunjangan keluarga;
 - (3). tunjangan jabatan atau tunjangan umum;
 - (4). tunjangan profesi; dan
 - (5). tambahan penghasilan bagi PNS Daerah berdasarkan besaran pagu pada peraturan kepala daerah mengenai tambahan penghasilan.
 - d). PPPKD berupa gaji pokok dan tunjangan tetap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - e). PPNPN berupa penghasilan tetap, batas rendah penghasilan tetap berdasarkan Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK). Dalam hal pemerintah kabupaten/kota belum menetapkan UMK maka menggunakan Upah Minimum Provinsi (UMP).

- 2). Perhitungan sebagaimana angka (1) di atas dapat dilaksanakan menggunakan kertas kerja perhitungan sesuai lampiran surat ini atau luaran aplikasi rekon luran pemda dengan memperhatikan pengaturan sebagai berikut:
 - a). Tunjangan jabatan untuk kepala daerah dan wakil kepala daerah adalah seluruh komponen tunjangan yang diterima oleh kepala daerah dan wakil kepala daerah sehingga dasar perhitungan luran sampai dengan batas maksimal Rp12.000.000,00;
 - b). Tunjangan jabatan bagi pimpinan dan anggota DPRD adalah seluruh komponen tunjangan yang diterima oleh kepala daerah dan wakil kepala daerah sehingga dasar perhitungan luran sampai dengan batas maksimal Rp12.000.000,00;
 - c). Tambahan penghasilan bagi PNS Daerah yang menjadi dasar perhitungan luran adalah tambahan penghasilan yang diberikan berdasarkan pertimbangan beban kerja, tempat bertugas, kondisi kerja, kelangkaan profesi, prestasi kerja dan/atau pertimbangan objektif lainnya, dalam hal ini termasuk tunjangan khusus, tunjangan daerah terpencil, tunjangan kemahalan, tunjangan profesi guru, tunjangan jasa layanan medis dan tunjangan lainnya diluar gaji pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum bagi daerah yang memberikan tunjangan tersebut.
- 3). Untuk memperoleh data luran yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan, maka rekonsiliasi agar dilakukan terhadap data:
 - a). Pembayaran luran yang telah dilakukan oleh Pemda untuk luran 1% dan luran 4%;
 - b). Perhitungan kewajiban pemerintah daerah yang seharusnya, yaitu mengacu pada:
 - (1). Komposisi prosentase, batas paling tinggi dan paling rendah gaji atau upah dan dasar perhitungan luran sesuai Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan;
 - (2). Pemotongan, penyetoran dan pembayaran luran jaminan kesehatan sesuai dengan Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Dalam Negeri tentang Penysetoran luran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja Penerima Upah di Lingkungan Pemerintah Daerah.

- c). Perhitungan selisih antara iuran yang telah dibayarkan dengan iuran yang seharusnya dibayarkan sesuai kertas kerja perhitungan iuran yang disepakati oleh kedua belah pihak.
 - d). Dalam hal terdapat kesalahan kode akun (baik yang masuk ke akun BPJS Kesehatan yg lain atau akun iuran yg bukan untuk BPJS Kesehatan), maka belum dapat diperhitungkan sebagai realisasi pembayaran iuran, dan pemda harus melakukan koreksi akun terlebih dahulu agar bisa diakui sebagai pembayaran iuran jaminan kesehatan.
 - e). Dalam hal terdapat kesalahan kode lokasi pemda namun kode akunnya sudah benar, maka tetap dapat diperhitungkan sebagai realisasi pembayaran iuran, namun kantor cabang melakukan edukasi kepada pemda agar tidak lagi melakukan kesalahan input kode akun maupun kode lokasi pada saat pembayaran melalui aplikasi sistem informasi pengelolaan keuangan negara.
- g. Berita Acara Rekonsiliasi
- 1). Hasil rekonsiliasi Kantor Cabang dengan setiap Pemerintah Daerah wajib dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh Kepala Cabang dan Gubernur/Bupati/Walikota atau pejabat yang ditunjuk, sesuai format yang telah ditentukan.
 - 2). Berita Acara Rekonsiliasi agar dibuat dalam 3 (tiga) rangkap masing-masing bermaterai cukup, dengan ketentuan tanda tangan sebagai berikut:
 - a) Kepala Cabang, Bupati/Walikota atau pejabat yang ditunjuk dan KPPN untuk rekonsiliasi segmen iuran PNS Daerah, iuran Wajib Pemda dan Kepala Daerah.
 - b) Kepala Cabang, Pejabat di Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah yang ditunjuk dan KPPN untuk rekonsiliasi segmen iuran Ketua dan Anggota DPRD;
 - c) Kepala Cabang, Bupati/Walikota atau pejabat yang ditunjuk dan KPPN untuk rekonsiliasi segmen iuran PPPK dan PPNP APBD.
 - 3). Dalam hal Pemerintah Daerah tidak menyepakati sebagian angka perhitungan akibat adanya perbedaan data, namun bersedia menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi, maka Berita Acara Rekonsiliasi ditambahkan keterangan perhitungan atas angka yang tidak disepakati akan diperhitungkan pada rekonsiliasi periode triwulan berikutnya.

h. Perlakuan Selisih Lebih/Kurang Hasil Rekonsiliasi

1). Selisih Lebih

Dalam hal terdapat hasil rekonsiliasi menunjukkan realisasi melebihi kewajiban luran yang seharusnya dibayarkan, maka dibuat kesepakatan bahwa kelebihan setoran luran akan dikompensasikan untuk membayar luran bulan berikutnya.

2). Selisih Kurang

Dalam hal terdapat selisih kurang, maka kekurangan tersebut akan dibayarkan oleh Pemerintah Daerah pada bulan berikutnya; dan

3). Apabila di kemudian hari ternyata masih terdapat selisih perhitungan dalam hasil rekonsiliasi sebagai akibat perbedaan data, atas Berita Acara yang telah ditetapkan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya

i. Waktu Pelaksanaan Rekonsiliasi

1). Pelaksanaan rekonsiliasi dilaksanakan secara rutin setiap triwulan dengan batas paling lambat sebagai berikut:

- a). Triwulan I : Akhir bulan April
- b). Triwulan II : Akhir bulan Juli
- c). Triwulan III : Akhir bulan Oktober
- d). Triwulan IV : Akhir bulan Desember

2). KC menyampaikan softcopy Berita Acara Rekonsiliasi dan dokumen lainnya berupa file kertas kerja perhitungan kepada Kedeputian Wilayah paling lambat sesuai batas waktu pada angka 1) di atas;

3). Kedeputian Wilayah menyampaikan softcopy Berita Acara Rekonsiliasi dan dokumen lainnya berupa kertas kerja perhitungan dan rekapitulasi Berita Acara Rekonsiliasi dalam format *excel* kepada UKPF Manajemen Luran, paling lambat sesuai batas waktu pada angka 1) di atas;

j. Peserta Rekonsiliasi

Dalam rangka mendapatkan data kepesertaan dan pembayaran luran jaminan kesehatan yang akurat, kegiatan rekonsiliasi melibatkan peserta dari pihak Pemerintah Daerah menyesuaikan kebutuhan dengan personil antara lain (tidak semua dilibatkan tapi sesuai kebutuhan kontribusi rekonsiliasi) sebagai berikut:

1). Internal BPJS Kesehatan

- a). Deputi Direksi Wilayah / Kepala Cabang;
- b). Asisten Deputi Perencanaan, luran dan Keuangan;

- c).Asisten Deputi Penilaian Kinerja Kantor Cabang;
- d).Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan;
- e).Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta;
- f). Kepala Bidang Perluasan, Pengawasan dan Pemeriksaan Peserta;
- g).Kepala Kantor Operasional Kabupaten/Kota; dan
- h).Pejabat, Analis atau Staf masing-masing bidang yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi.

Dalam hal terjadi perubahan nomenklatur, maka penyebutan jabatan tersebut di atas mengikuti nomenklatur yang berlaku.

2). Eksternal:

- a). Gubernur/Bupati/Walikota;
- b). Sekretaris Daerah;
- c).Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (sesuai nomenklatur masing-masing pemerintah daerah);
- d).Kepala Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (sesuai nomenklatur masing-masing pemerintah daerah);
- e).Kepala Badan Kepegawaian Daerah (sesuai nomenklatur masing-masing pemerintah daerah);
- f). Kepala Dinas Perencanaan Keuangan dan Anggaran Daerah (sesuai nomenklatur masing-masing pemerintah daerah);
- g).Kepala Dinas Dukcapil (sesuai nomenklatur masing-masing pemerintah daerah);
- h).Kepala Kanwil Perbendaharaan dan/atau Kepala KPPN (sesuai nomenklatur masing-masing pemerintah daerah);
- i). Instansi/organisasi/lembaga lain yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi;
- j). Pejabat atau Staf adhoc dari masing-masing instansi yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi.

k. Koordinator Kegiatan

Seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan mulai dari perencanaan sampai dengan rekonsiliasi dan pelaporan dilakukan secara berjenjang, dengan pengaturan sebagai berikut:

- 1). Di KC dikoordinasikan oleh Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan (Kabid. PK);

- 2). Di Kedeputian Wilayah dikoordinasikan oleh Asisten Deputi Perencanaan, Iuran dan Keuangan; dan
- 3). Di Kantor Pusat dikoordinasikan oleh UKPF Manajemen Iuran.

I. Anggaran Kegiatan

- 1). Untuk pelaksanaan rekonsiliasi, Kedeputian Wilayah dan/atau Kantor Cabang agar mengoptimalkan anggaran yang tersedia di Kedeputian Wilayah dan KC;
- 2). Atas pelaksanaan kegiatan rekonsiliasi kepada peserta internal BPJS Kesehatan dapat diberikan honorarium kegiatan atau biaya operasional sesuai ketentuan berlaku;
- 3). Besaran honorarium mengacu pada Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang besaran honorarium bagi pegawai dan pihak eksternal pada kegiatan yang dilaksanakan Oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
- 4). Dalam kondisi darurat terkait pandemi, penggunaan anggaran dan pertanggungjawaban program kegiatan mengacu kepada Surat Edaran Direksi terkait;
- 5). Biaya yang timbul atas pelaksanaan kegiatan rekonsiliasi dibebankan pada anggaran Kedeputian Wilayah dan Kantor Cabang pada Program Optimalisasi Rekonsiliasi Data Penerimaan Iuran (203.1.0.04.2) pada akun yang sesuai dengan:
 - a). Rapat/Sidang Pengumpulan Iuran (81001021);
 - b). Akomodasi & Transport Pengumpulan Iuran (81001031); dan
 - c). Perjalanan Dinas Pengumpulan Iuran (81001041).

m. Monitoring dan Evaluasi

Dalam pelaksanaan rekonsiliasi dengan Pemda, Kedeputian Wilayah dan KC, agar melakukan monitoring dan evaluasi atas:

- 1). Jumlah Pemda yang telah melakukan rekonsiliasi;
- 2). Jumlah Pemda yang telah menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi;
- 3). Jumlah Pemda yang memiliki selisih kurang/lebih;
- 4). Jumlah Pemda yang tidak menyepakati/tidak menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi; dan
- 5). Pembayaran iuran yang telah disetorkan oleh Pemda ke Kas Negara.

2. Rekonsiliasi Dalam Rangka Pemotongan Dana Transfer Daerah (Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil)

Dalam rangka penyelesaian tunggakan iuran Pemerintah Daerah melalui pemotongan Dana Transfer Daerah (Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil), dilakukan penetapan besaran tunggakan iuran Pemerintah Daerah.

BPJS Kesehatan melakukan rekonsiliasi dengan Pemerintah Daerah atau meminta bantuan Badan Pemeriksa Keuangan dan Pembangunan (BPKP) untuk menyepakati besaran tunggakan iuran dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Sosialisasi

- 1). Kedeputian Wilayah dan/atau KC mempersiapkan sosialisasi kepada Pemerintah Daerah;
- 2). sosialisasi diprioritaskan kepada Pemerintah Daerah yang memiliki tunggakan dengan jumlah besar;
- 3). Kedeputian Wilayah dan/atau KC dapat meminta Instansi terkait untuk menjadi nara sumber dalam sosialisasi tersebut.

b. Pemberitahuan Rekonsiliasi

Dalam rangka pelaksanaan rekonsiliasi, Kedeputian Wilayah dan/atau Kantor Cabang agar menyampaikan pemberitahuan/undangan rekonsiliasi kepada Gubernur/Bupati/Walikota.

Isi pemberitahuan rekonsiliasi antar lain memuat:

- 1). Kedeputian Wilayah dan/atau KC agar menyampaikan jumlah tunggakan yang akan direkonsiliasi;
- 2). Waktu dan tempat pelaksanaan rekonsiliasi; dan
- 3). Permintaan surat penunjukkan pejabat yang menandatangani Berita Acara rekonsiliasi dari Gubernur/Bupati/Wali Kota, dalam hal Berita Acara rekonsiliasi ditandatangani oleh pejabat yang ditunjuk.

c. Kedeputian Wilayah dan/atau KC agar memastikan Gubernur/Bupati/ Wali Kota telah menerima surat pemberitahuan dan memperoleh konfirmasi kehadirannya atau pejabat yang ditunjuk dalam rekonsiliasi;

d. Dalam hal belum diperoleh konfirmasi dari Gubernur/Bupati/Wali Kota atau pejabat yang ditunjuk, maka Kedeputian Wilayah dan/atau KC menyampaikan:

- 1). Surat Pemberitahuan II, 3 (tiga) hari kerja setelah Surat Pemberitahuan I diterima Pemerintah Daerah, yang dibuktikan dengan tanda terima dari Pemerintah Daerah; dan
- 2). Surat Pemberitahuan III, 3 (tiga) hari kerja setelah Surat Pemberitahuan II

diterima Pemerintah Daerah, yang dibuktikan dengan tanda terima dari Pemerintah Daerah.

e. Pelaksanaan Rekonsiliasi

- 1). Dalam rangka memperoleh kesepakatan besaran tunggakan luran, Kedeputian Wilayah dan/atau KC melakukan rekonsiliasi dengan Pemerintah Daerah yang memenuhi kriteria untuk mengikuti program pemotongan DAU dan/atau DBH sebagai penyelesaian tunggakan luran.
- 2). Dalam hal Kedeputian Wilayah dan/atau KC sudah pernah melakukan rekonsiliasi dan menyepakati besaran tunggakan dengan Pemerintah Daerah, maka:
 - a). penetapan besaran tunggakan dapat menggunakan hasil rekonsiliasi tersebut dengan mempertimbangkan bukti-bukti yang dimiliki dan periode waktu pemotongan DAU dan/atau DBH; dan
 - b). Kedeputian Wilayah dan/atau KC segera berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk melakukan pembaharuan Berita Acara Rekonsiliasi sesuai dengan format yang ditetapkan.
- 3). Rekonsiliasi dalam rangka penyelesaian tunggakan melalui pemotongan DAU dan/atau DBH diprioritaskan bagi Pemerintah Daerah yang memiliki bukti-bukti yang lengkap terkait tunggakan luran, dan memiliki tunggakan yang besar.

f. Ruang Lingkup Rekonsiliasi

Rekonsiliasi yang dilakukan dalam rangka penyelesaian tunggakan melalui pemotongan DAU dan/atau DBH meliputi:

- 1). Rekonsiliasi data Tunggakan Luran Pemerintah Daerah sebagai Pemberi Kerja;
 - a). Tunggakan luran yang direkonsiliasi meliputi:
 - (1). Tunggakan luran yang timbul pada periode PT. Askes (Persero) tahun 2004 -2013 sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2003 tentang Subsidi Dan Luran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun;
 - (2). tunggakan yang timbul pada periode BPJS Kesehatan, terhitung mulai tahun 2014.
 - b). Rekonsiliasi dilakukan terhadap data:
 - (1). Pembayaran luran PNS Daerah

- (2). Pembayaran Iuran Pemerintah Daerah
 - (3). Perhitungan kewajiban Pemerintah Daerah yang seharusnya, yaitu mengacu pada:
 - (a). Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2003;
 - (b). Surat Edaran Bersama Dirjen Anggaran dan Dirjen Otonomi Daerah Nomor SE-7/A/2004 dan Nomor 440/128/OTDA tentang Pedoman dan Tata Cara Pembayaran Iuran Pemerintah Daerah Dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan; dan
 - (c). Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan yang berlaku.
 - (4). besaran kekurangan/kelebihan pembayaran/tunggakan Iuran Pemerintah Daerah.
- 2). Rekonsiliasi data Tunggakan Bantuan Iuran dan Kontribusi Iuran Pemerintah Daerah.
- a). Tunggakan yang direkonsiliasi meliputi:
 - (1). Tunggakan Bantuan Iuran Pemerintah Daerah
 - (2). Tunggakan Kontribusi Iuran Pemerintah Daerah
 - b). Rekonsiliasi dilakukan terhadap data:
 - (1). Pembayaran Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang Iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah;
 - (2). Pembayaran Iuran Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang Iurannya dibayarkan secara mandiri;
 - (3). Pembayaran Iuran PBI JK;
 - (4). Pembayaran Bantuan Iuran Pemerintah Daerah
 - (5). Pembayaran Kontribusi Iuran Pemerintah Daerah
 - (6). Perhitungan kewajiban Pemerintah Daerah yang seharusnya atas Bantuan Iuran dan Kontribusi Iuran, mengacu kepada regulasi yang berlaku
 - (7). Besaran kekurangan/kelebihan pembayaran Bantuan Iuran
 - (8). Besaran kekurangan/kelebihan pembayaran Kontribusi Iuran
- g. Data Acuan Rekonsiliasi
- 1). Data Acuan Rekonsiliasi Tunggakan Iuran Pemerintah Daerah sebagai

Pemberi Kerja.

Untuk memudahkan proses rekonsiliasi dan memperoleh kesepakatan besaran tunggakan, maka proses rekonsiliasi agar mengacu pada data/laporan dengan urutan sebagai berikut:

- a). Berita acara rekonsiliasi sebelumnya;
- b). Laporan Keuangan Pemerintah Daerah (LKPD).

Kedeputan Wilayah dan/atau KC agar berkoordinasi dengan Perwakilan BPK setempat untuk memperoleh LKPD;

- c). Nomor Transaksi Penerimaan Negara (NTPN) atas IW PNS Daerah dan IW Pemerintah Daerah yang sumbernya dari:
 - (1). Aplikasi OMSPAN;
 - (2). Aplikasi IW;
 - (3). Database Kementerian Keuangan; dan
 - (4). Berkas Surat Setoran Bukan Pajak (SSBP) atas IW PNS Daerah dan IW Pemerintah Daerah

2). Data Acuan Rekonsiliasi Bantuan Iuran dan Kontribusi Iuran Pemerintah Daerah

- a). Dari Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota:
 - (1). Jumlah peserta PBI JK, Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
 - (2). Bukti bayar Iuran kepada BPJS Kesehatan.
- b). Dari BPJS Kesehatan:
 - (1). Tagihan Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah yang telah direkonsiliasi;
 - (2). Rekapitulasi realisasi penerimaan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah;
 - (3). Jumlah Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah yang aktif sesuai entitas PKS; dan
 - (4). Jumlah Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah yang aktif dan terdaftar pada FKTP.

h. Berita Acara Rekonsiliasi

- 1). Hasil rekonsiliasi KC dengan setiap Pemerintah Daerah, wajib dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi yang ditandatangani Kepala Cabang dan Gubernur/Bupati/Wali Kota atau pejabat yang ditunjuk.
- 2). Dalam hal Pemerintah Daerah:
 - a). tidak bersedia melakukan rekonsiliasi, setelah disampaikan pemberitahuan sebanyak 3 (tiga) kali, maka dalam waktu 3 (tiga) hari kerja setelah Surat Pemberitahuan III diterima Pemerintah Daerah yang dibuktikan dengan tanda terima dari Pemerintah Daerah, Kedeputan Wilayah dan/atau KC membuat Berita Acara sesuai ketentuan;
 - b). tidak menyepakati sebagian atau seluruh jumlah tunggakan, namun Pemerintah Daerah bersedia menandatangani Berita Acara atas ketidaksepakatan tersebut, maka Kedeputan Wilayah dan/atau KC membuat Berita Acara Rekonsiliasi sesuai ketentuan; dan
 - c). dalam kurun waktu 3 (tiga) hari kerja sejak pelaksanaan rekonsiliasi, tidak bersedia menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi, maka Kedeputan Wilayah dan/atau KC membuat Berita Acara sesuai ketentuan.

i. Berita Acara Rekonsiliasi agar dibuat dalam 3 (tiga) rangkap masing-masing bermaterai cukup, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) dua rangkap dengan tanda tangan Gubernur/Bupati/Wali Kota atau pejabat yang ditunjuk diatas materai; dan
- 2) satu rangkap dengan tanda tangan Kepala Cabang diatas materai.

j. Waktu pelaksanaan rekonsiliasi

- 1). Pelaksanaan rekonsiliasi dilaksanakan setelah iuran tertunggak melampaui jangka waktu 6 (enam) bulan untuk kontribusi dan bantuan iuran Pemerintah Daerah, atau 1 tahun untuk tunggakan iuran Pemerintah Daerah sebagai Pemberi Kerja, dan telah dilakukan upaya-upaya penagihan optimal.
- 2). Selain pelaksanaan rekonsiliasi triwulanan, KC dapat melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah yang masih memiliki tunggakan untuk menyampaikan rencana penyelesaian tunggakan Bantuan Iuran dan Kontribusi Iuran melalui pemotongan DAU/DBH sesuai PMK 78/PMK.02/2020, atau tunggakan Iuran Pemerintah Daerah sebagai pemberi

kerja sesuai dengan PMK 183/PMK.07/2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil, dan meminta penjadwalan rekonsiliasi.

k. Tindak lanjut hasil rekonsiliasi

1). Secara berjenjang KC dan Kedeputan Wilayah menyampaikan hasil rekonsiliasi kepada Direktur Keuangan Dan Investasi c.q. UKPF Manajemen Iuran yang terdiri dari:

- a). Rekap Berita Acara;
- b). Berkas asli Berita Acara;
- c). Bukti upaya penagihan yang telah dilakukan oleh KC dan/atau Kedeputan Wilayah kepada masing-masing Pemerintah Daerah;
- d). Hasil audit BPKP (dalam hal tunggakan iuran ditentukan setelah melalui prosedur pemeriksaan oleh BPKP); dan
- e). Berkas asli surat penunjukkan pejabat yang menandatangani Berita Acara rekonsiliasi dari Gubernur/Bupati/Walikota, dalam hal Berita Acara di tandatangi oleh pejabat yang ditunjuk.

2). Berkas diterima di Kantor Pusat paling lambat tanggal 10 setiap bulan.

l. Kantor Pusat melakukan verifikasi atas hasil rekonsiliasi yang dilakukan KC dan melakukan rekapitulasi:

- 1). Jumlah Pemda bersedia rekonsiliasi dan menyepakati seluruh tunggakan.
- 2). Jumlah Pemda bersedia rekonsiliasi dan menyepakati sebagian tunggakan.
- 3). Jumlah Pemda bersedia rekonsiliasi dan tidak menyepakati tunggakan.
- 4). Jumlah Pemda tidak bersedia rekonsiliasi.

3. Rekonsiliasi Iuran KP Desa

Rekonsiliasi Iuran KP Desa dilaksanakan dalam 2 kondisi, yaitu:

- a. Dalam rangka pengalihan kepesertaan dari jenis kepesertaan di mana entitas KP Desa terdaftar sebagai PPNPN/PPU BU/KP Desa dengan entitas Pemerintah Desa, ke entitas Pemerintah Kabupaten/Kota;
- b. Dalam rangka validasi data kepesertaan Jaminan Kesehatan dan validasi kebutuhan pembayaran Iuran.

Rekonsiliasi Iuran KP Desa dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Mekanisme Rekonsiliasi Data Peserta dan Data Iuran Jaminan Kesehatan Kepala Desa dan Perangkat Desa yang terdaftar sebagai Peserta PPNPN, Entitas Pemerintah Desa, atau Badan Usaha Dalam Rangka Pengalihan ke Entitas Pemerintah Kabupaten/Kota.

Untuk memastikan proses pengalihan kepesertaan KP Desa *existing* yang terdaftar pada jenis kepesertaan PPNPN, PPU BU, KP Desa (entitas Pemerintah Desa) ke entitas Pemerintah Kabupaten/Kota, KC melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1). Persiapan Rekonsiliasi

- a). UKPF kepesertaan dan pelayanan peserta bersama dengan UKPF perluasan peserta melakukan identifikasi segmen KP Desa yang terdaftar di entitas Badan Usaha, PPNPN dan Pemerintah Desa dengan sumber data:
- (1). Identifikasi dan konfirmasi data peserta Kepala Desa dan Perangkat Desa Existing periode terakhir sebelum rekonsiliasi;
 - (2). Data Masterfile yang dimiliki masing-masing Kedeputian Wilayah sampai dengan 1 (satu) bulan sebelum pemberlakuan Terhitung Mulai Tanggal (TMT) VA Pemda luaran aplikasi kepesertaan;
 - (3). Acuan besaran penghasilan tetap yang digunakan sebagai dasar perhitungan iuran sesuai Peraturan Pemerintah nomor 11 tahun 2019 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Pemerintah nomor 43 tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa.
- b). UKPF Kepesertaan dan UKPF Penagihan dan Keuangan di KC berkoordinasi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk menentukan jadwal rekonsiliasi.
- c). Berdasarkan hasil koordinasi, UKPF perluasan kepesertaan KC membuat dan mengirimkan surat undangan yang telah ditandatangani oleh Kepala Cabang untuk pelaksanaan rekonsiliasi kepada Pemerintah Kabupaten/Kota.

2). Pelaksanaan Rekonsiliasi

Rekonsiliasi dilakukan atas:

- a). Data peserta *by name by address* termasuk penghasilan tetap dari bulan tagihan sejak rekonsiliasi terakhir sampai dengan 1 (satu) bulan sebelum implementasi TMT KP Desa dengan VA Pemerintah Kabupaten/Kota berdasarkan:
 - (1). Luaran aplikasi kepesertaan;
 - (2). Daftar pembayaran penghasilan tetap dari Pemerintah Desa.
 - b). Iuran yang sudah dibayar dari bulan tagihan sejak rekonsiliasi terakhir sampai dengan 1 (satu) bulan sebelum implementasi TMT KP Desa dengan VA Pemerintah Kabupaten/Kota berdasarkan:
 - (1). Bukti terima iuran bersumber dari luaran Aplikasi Keuangan/Aplikasi OMSPAN (untuk peserta KP Desa yang terdaftar sebagai PPNPN).
 - (2). Bukti pembayaran iuran dari Pemerintah Kabupaten/Kota atau Pemerintah Desa.
- 3). Dokumentasi Hasil Rekonsiliasi
- a). Hasil rekonsiliasi berupa tagihan iuran yang seharusnya, iuran yang sudah dibayar, kekurangan atau kelebihan iuran yang sudah dibayarkan, dan kesepakatan terhadap hasil rekonsiliasi jumlah pekerja dan iuran KP Desa dituangkan dalam Berita Acara sebagaimana dalam format Berita Acara Rekonsiliasi Data Kepesertaan dan Kebutuhan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi KP Desa sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 119 Tahun 2019, dengan tambahan lampiran format excel data pekerja yang akan dialihkan ke segmen KP Desa dengan VA Pemerintah Kabupaten/Kota.
 - b). Berita Acara hasil rekonsiliasi ditandatangani paling lambat pada bulan berjalan saat dilakukan proses pendaftaran/migrasi kepesertaan.
- 4). Tindak Lanjut Hasil Rekonsiliasi
- a). UKPF kepesertaan dan pelayanan peserta melaksanakan koreksi data peserta sebagai tindak lanjut atas hasil rekonsiliasi dalam hal perbedaan tagihan disebabkan oleh perbedaan data jumlah peserta, UMK, gaji/upah sebagai dasar perhitungan iuran.

- b). Terhadap pekerja eksisting yang tidak diakui oleh Pemerintah Kabupaten/Kota wajib dilakukan penonaktifkan atau mendaftar pada segmen kepesertaan lainnya sesuai ketentuan.
 - c). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kekurangan pembayaran luran peserta KP Desa yang terdaftar sebagai PPNPN, PPU BU atau entitas Pemerintah Desa, maka UKPF Penagihan dan Keuangan di KC membuat dan mengirimkan surat tagihan secara manual kepada Pemerintah Kabupaten/Kota dan/atau Pemerintah Desa untuk menyetorkan kekurangan pembayaran tersebut melalui:
 - (1). VA bagi KP Desa yang terdaftar sebagai peserta PPU BU dan Entitas Pemerintah Desa.
 - (2). Kas Negara bagi KP Desa yang terdaftar kepesertaannya sebagai PPNPN.
 - d). Dalam hal terdapat tunggakan luran KP Desa yang terdaftar sebagai PPU BU dan entitas Pemerintah Desa maka peserta yang terdaftar pada VA yang bersangkutan dapat dipindahkan ke VA entitas Pemerintah Kabupaten/Kota dengan persyaratan sebagai berikut.
 - (1). Membuat Berita Acara komitmen pembayaran tunggakan luran yang ditandatangani oleh Pimpinan satuan kerja dan Kepala Cabang BPJS Kesehatan; dan
 - (2). Melunasi tunggakan luran paling lambat 3 (tiga) bulan sejak Berita Acara ditandatangani.
 - e). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan selisih kelebihan pembayaran, maka kelebihan bayar tersebut dapat dikompensasikan untuk pembayaran tagihan luran bulan berikutnya, atau dapat dilakukan pengembalian sesuai dengan kesepakatan hasil rekonsiliasi yang dicantumkan dalam Berita Acara dengan format sebagaimana dalam Permendagri Nomor 119 tahun 2019.
- 5). Mekanisme Kompensasi dan Pengembalian atas Kelebihan Pembayaran luran Berdasarkan Hasil Rekonsiliasi Dalam Rangka Pengalihan Peserta ke Entitas Pemerintah Kabupaten/Kota
- a). Mekanisme Kompensasi

Dalam hal terdapat lebih bayar berdasarkan hasil rekonsiliasi dan disepakati untuk dikompensasi ke luran bulan berikutnya maka langkah yang dilakukan adalah:

- (1). Pemerintah Kabupaten/Kota mengajukan permohonan kompensasi kelebihan pembayaran luran dengan melengkapi dokumen:
 - (a). Surat permohonan kompensasi kelebihan pembayaran luran ditandatangani oleh Kepala Daerah/Pejabat Pengelola Keuangan Kabupaten/Kota; dan
 - (b). fotokopi Berita Acara hasil rekonsiliasi.
- (2). UKPF Penagihan dan Keuangan KC melakukan rekapitulasi dan verifikasi permohonan kompensasi kelebihan pembayaran luran Peserta KP Desa yang terdaftar sebagai PPU BU/Entitas Pemerintah Desa dan mengirimkan surat pengajuan kompensasi yang ditandatangani Kepala Cabang dengan melampirkan dokumen pendukungnya sebagaimana angka (1) ke Kedeputan Wilayah.
- (3). Kedeputan Wilayah melakukan verifikasi dan konfirmasi atas rekapitulasi permohonan kompensasi kelebihan pembayaran luran ke KC serta membuat rekapitulasi daftar kompensasi dari setiap KC.
- (4). Kedeputan Wilayah mengirimkan Surat Pengajuan Kompensasi yang ditandatangani Deputi Direksi Wilayah dan dilampiri berkas pendukungnya kepada UKPF Manajemen luran.
- (5). UKPF Manajemen luran melakukan kompensasi dengan membuat surat permintaan pemindahan dana ke UKPF Treasury dan Investasi dari VA KP Desa sebagai BU dan/atau VA KP Desa sebagai Pemerintah Desa untuk dipindahkan ke VA KP Desa sebagai Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan jumlah yang dikompensasi.
- (6). UKPF Treasury dan Investasi melakukan pemindahbukuan dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - (a). Melakukan pemindahbukuan sesuai dengan pengajuan dari UKPF Manajemen luran.
 - (b). Menyampaikan *feedback* atas proses pemindahbukuan yang telah dilakukan ke UKPF Manajemen luran.

- (7). Berdasarkan pemindahbukuan pada angka (6), UKPF Manajemen luran melakukan splitting ke VA Pemerintah Kabupaten/Kota dan menyampaikan feedback kompensasi luran ke Kedeputian Wilayah untuk diteruskan kepada KC.
 - (8). Service Level Agreement (SLA) kompensasi atas kelebihan pembayaran berdasarkan hasil rekonsiliasi adalah 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas diterima lengkap di KC dengan ketentuan sebagai berikut:
 - (a). di KC paling lambat 3 (tiga) hari kerja;
 - (b). di Kedeputian Wilayah paling lambat 3 (tiga) hari kerja;
 - (c). di UKPF Manajemen luran paling lambat 3 (tiga) hari kerja;
 - (d). di UKPF Treasury dan Investasi paling lambat 6 (enam) hari kerja. Dalam hal tidak diperlukan pemindahan dana dalam proses kompensasi, maka SLA menjadi 9 (sembilan) hari kerja.
- b). Mekanisme Pengembalian
- Dalam hal terdapat lebih bayar berdasarkan hasil rekonsiliasi dan disepakati untuk dilakukan pengembalian sesuai kesepakatan pada lampiran Berita Acara, maka langkah yang dilakukan adalah:
- (1). Pemerintah Kabupaten/Kota mengajukan permohonan pengembalian kelebihan pembayaran luran dengan melengkapi dokumen:
 - (a). Surat Permohonan Pengembalian Kelebihan Pembayaran luran ditandatangani oleh Kepala Daerah/Pejabat Pengelola Keuangan Kabupaten/Kota;
 - (b). Fotokopi Berita Acara hasil Rekonsiliasi.
 - (2). Kantor Cabang melakukan verifikasi atas berkas permohonan pengembalian kelebihan luran, membuat Berita Acara Pengembalian luran dan membuat rekapitulasi serta mengirimkannya beserta dokumen pendukung ke Kedeputian Wilayah yang terdiri dari:
 - (a). Surat Pengantar yang ditandatangani oleh Kepala Cabang.
 - (b). Kertas kerja hasil perhitungan pengembalian kelebihan pembayaran luran.

- (c). Berita Acara pengembalian kelebihan pembayaran luran yang ditandatangani Kepala Cabang BPJS Kesehatan dan Bupati/Walikota atau Pejabat Pengelola Keuangan Kabupaten/Kota.
- (3). Kedeputian Wilayah mengirimkan dokumen kelengkapan pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran luran ke UKPF Manajemen luran, yang terdiri dari:
 - (a). Surat Perintah Membayar yang ditandatangani oleh Deputi Direksi Wilayah.
 - (b). Surat Pernyataan Tanggungjawab Mutlak yang ditandatangani oleh Deputi Direksi Wilayah.
 - (c). Hasil rekapitulasi kelebihan luran yang diajukan untuk dikembalikan disertai dengan dokumen pendukung yang telah dikirim oleh KC.
- (4). UKPF Manajemen luran mengajukan pengembalian dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - (a). Membuat rekapitulasi pengembalian kelebihan pembayaran luran yang dikirimkan dari Kedeputian Wilayah;
 - (b). Membuat Surat Perintah Membayar kepada UKPF Treasury dan Investasi atas pengajuan kelebihan pembayaran luran yang diajukan oleh Kedeputian Wilayah;
 - (c). Membuat rekapitulasi umpan balik dari UKPF Treasury dan Investasi atas pengembalian kelebihan pembayaran luran yang telah dilakukan;
 - (d). Melakukan koreksi atas saldo kelebihan pembayaran luran pada VA KP Desa yang masuk dalam kelompok peserta PPU BU dan Entitas Desa;
 - (e). Menyampaikan hasil rekapitulasi umpan balik dari UKPF Treasury dan Investasi atas pengembalian kelebihan pembayaran yang dilakukan ke Kedeputian Wilayah untuk diteruskan ke KC.
- (5). UKPF Treasury dan Investasi melakukan pengembalian dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (a). Menerima Surat Perintah Membayar untuk pengembalian kelebihan pembayaran iuran dari UKPF Manajemen iuran;
 - (b). Membuat surat ke Bank untuk melakukan pemindahbukuan atas pengajuan pengembalian kelebihan pembayaran oleh Peserta/Pemberi Kerja;
 - (c). Melakukan umpan balik ke UKPF Manajemen iuran atas pengajuan pengembalian kelebihan iuran;
 - (d). Service Level Agreement (SLA) kompensasi atas kelebihan pembayaran berdasarkan hasil rekonsiliasi adalah 15 (lima belas) hari kerja sejak pengajuan dari KC.
- (6). Dalam hal sebelumnya KP Desa terdaftar sebagai PPNPN dan terdapat kelebihan pembayaran iuran yang diisetorkan melalui kas negara maka pengajuan pengembalian dilakukan oleh Pemda melalui KPPN.
- b. Mekanisme Rekonsiliasi Dalam Rangka Validasi Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Dan Validasi Kebutuhan Pembayaran Iuran (Rutin).
 - 1). KC bersama Pemerintah kabupaten/kota melakukan rekonsiliasi pembayaran iuran bagi kepala desa dan perangkat desa setiap bulan.
 - 2). Rekonsiliasi dilakukan dengan tujuan untuk:
 - a). Validasi data kepesertaan Jaminan Kesehatan, dilaksanakan sebagai berikut:
 - (1). Validasi dilaksanakan berdasarkan data yang disampaikan oleh Pemerintah Desa pada pendaftaran dan/atau perubahan data kepesertaan
 - (2). Dalam hal terdapat perubahan data berdasarkan hasil validasi data kepesertaan dilakukan penyesuaian data pada bulan berikutnya.
 - b). Validasi kebutuhan pembayaran iuran
 - (1). Validasi kebutuhan pembayaran iuran KP Desa dilaksanakan berdasarkan:
 - (a). realisasi pembayaran iuran oleh pemerintah kabupaten/kota melalui mekanisme langsung oleh Perangkat Daerah; dan
 - (b). realisasi pemotongan bagian penerimaan yang bersumber dari ADD atau sumber lain berdasarkan berita acara

kesepakatan antara pemerintah kabupaten/kota dan BPJS Kesehatan.

- (2). Dalam hal terdapat selisih kurang atau lebih pembayaran berdasarkan hasil validasi, diperhitungkan dalam pembayaran iuran bulan berikutnya
- 3). Hasil rekonsiliasi dituangkan dalam berita acara rekonsiliasi yang ditandatangani oleh Perangkat Daerah, PPKD selaku BUD, dan BPJS Kesehatan dengan menggunakan format sebagaimana pada Lampiran Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 119 tahun 2019.
- 4). Langkah-langkah Rekonsiliasi Dalam Rangka Validasi Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Dan Validasi Kebutuhan Pembayaran Iuran:
 - a). Persiapan Rekonsiliasi
 - (1). UKPF Penagihan dan Keuangan atau UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta KC menerima permintaan rekonsiliasi dari Pemerintah Kabupaten/Kota;
 - (2). Dalam hal UKPF Penagihan dan Keuangan KC yang menerima permintaan rekonsiliasi, maka UKPF Penagihan dan Keuangan KC menyampaikan permintaan rekonsiliasi dari Pemerintah Kabupaten/Kota kepada UKPF kepesertaan KC;
 - (3). Setelah menerima permintaan rekonsiliasi dari Pemerintah Daerah secara langsung, atau melalui UKPF Penagihan dan Keuangan, UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta berkoordinasi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk menentukan jadwal rekonsiliasi;
 - (4). Berdasarkan hasil koordinasi, UKPF kepesertaan KC membuat dan mengirimkan surat undangan yang telah ditandatangani oleh Kepala Cabang untuk pelaksanaan rekonsiliasi kepada Pemerintah Kabupaten/Kota.
 - b). Pelaksanaan Rekonsiliasi
Rekonsiliasi dilakukan atas:
 - (1). Data peserta *by name by address* termasuk penghasilan tetap dan data lain yang mempengaruhi perhitungan tagihan iuran dari bulan tagihan yang dimaksud berdasarkan:
 - (a). Luaran aplikasi kepesertaan;

(b). Daftar pembayaran penghasilan tetap dari Pemerintah Kabupaten/Kota.

Rekonsiliasi terkait data peserta dilaksanakan oleh UKPF kepesertaan dengan Perangkat Daerah terkait.

(2). Iuran yang sudah dibayar dari bulan tagihan yang dimaksud berdasarkan

(a). Bukti pembayaran iuran dari Pemerintah Kabupaten/Kota.

(b). Luaran Aplikasi Keuangan BPJS Kesehatan

Rekonsiliasi data iuran dilaksanakan oleh UKPF Penagihan dan Keuangan dengan membandingkan antara data iuran yang telah diterima dengan data tagihan yang seharusnya setelah melalui proses rekonsiliasi data peserta dari UKPF kepesertaan.

c). Dokumentasi Hasil Rekonsiliasi

Hasil rekonsiliasi berupa tagihan iuran yang seharusnya, iuran yang sudah dibayar, kekurangan atau kelebihan iuran yang sudah dibayarkan, dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi Data Kepesertaan dan Kebutuhan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi Kepala Desa dan Perangkat Desa antara BPJS Kesehatan Kantor Cabang dengan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagaimana pada lampiran Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 119 Tahun 2019 tentang Pemotongan, Penyetoran, dan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Kepala Desa dan Perangkat Desa.

d). Tindak Lanjut atas Hasil Rekonsiliasi

(1). UKPF kepesertaan melaksanakan koreksi data peserta pada sistem informasi kepesertaan sebagai tindak lanjut atas hasil rekonsiliasi dalam hal terdapat perbedaan tagihan disebabkan oleh kesalahan pencatatan data jumlah peserta, UMK, gaji/upah atau input hak kelas rawat peserta sebagai dasar perhitungan iuran.

(2). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kekurangan pembayaran iuran, maka UKPF Penagihan dan Keuangan di KC membuat dan mengirimkan surat tagihan secara manual kepada Pemerintah Kabupaten/Kota dan/atau Pemerintah Desa untuk menyetorkan kekurangan pembayaran tersebut melalui VA.

- (3). Dalam hal terdapat tunggakan iuran KP Desa, maka UKPF Penagihan dan Keuangan KC membuat Berita Acara komitmen Pemerintah Kabupaten/Kota untuk membayar tunggakan iuran yang ditandatangani oleh Pimpinan satuan kerja dan Kepala Cabang BPJS Kesehatan.
- (4). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan selisih kelebihan pembayaran, maka kelebihan bayar tersebut dapat dikompensasikan untuk pembayaran tagihan iuran bulan berikutnya, atau dapat dilakukan pengembalian sesuai dengan kesepakatan hasil rekonsiliasi yang dicantumkan dalam Berita Acara dengan format sebagaimana dalam Permendagri Nomor 119 tahun 2019.

4. Rekonsiliasi iuran Pegawai Swasta (Badan Usaha)

Dalam hal tagihan yang telah diterbitkan dan/atau data pembayaran yang dicatat di dalam sistem tidak sesuai dengan data yang dimiliki oleh badan usaha, maka dapat dilakukan rekonsiliasi atas tagihan yang telah dihitung oleh sistem dan pembayaran yang telah masuk ke BPJS Kesehatan.

Mekanisme rekonsiliasi iuran badan usaha dilaksanakan sebagai berikut:

- a. PIC Badan Usaha berkoordinasi dengan UKPF Perluasan Peserta, Pengawasan dan Pemeriksaan atau UKPF Penagihan dan Keuangan, atau secara langsung kepada UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta untuk menyampaikan permintaan pelaksanaan rekonsiliasi;
- b. Dalam hal pengajuan rekonsiliasi tidak disampaikan langsung kepada UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, UKPF Perluasan Peserta, Pengawasan dan Pemeriksaan atau UKPF Penagihan Keuangan menyampaikan permintaan rekonsiliasi dari PIC Badan Usaha kepada UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta;
- c. UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta berkoordinasi dengan PIC Badan Usaha untuk menentukan jadwal rekonsiliasi;
- d. Dalam proses persiapan rekonsiliasi, UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta menyediakan data peserta, dan UKPF Penagihan dan Keuangan menyediakan data pembayaran iuran;
- e. Sebelum proses rekonsiliasi dilakukan UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta melakukan proses pemutakhiran data pada aplikasi kepesertaan agar

- tagihan pada periode berikutnya sudah sesuai;
- f. Dalam pelaksanaan rekonsiliasi, UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta melakukan penyandingan antara data peserta berdasarkan tagihan iuran dengan data peserta berdasarkan catatan Badan Usaha;
 - g. Dalam hal diketahui terdapat selisih data sebagai akibat dari adanya pencatatan data kepesertaan yang belum sesuai dengan data yang benar sesuai ketentuan oleh BPJS Kesehatan yang menyangkut data jumlah peserta/UMK/gaji/upah/hak kelas rawat peserta, maka berdasarkan Berita Acara Hasil Rekonsiliasi dilakukan pemutakhiran data kepesertaan oleh UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta sesuai dengan data hasil rekonsiliasi;
 - h. Perubahan data tagihan mengacu pada hasil pemutakhiran data kepesertaan yang diperhitungkan melalui sistem informasi;
 - i. Hasil kegiatan rekonsiliasi dituangkan dalam Berita Acara Hasil Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh PIC Badan Usaha dan Kepala Cabang BPJS Kesehatan, dengan paraf dari pimpinan UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta serta UKPF Penagihan dan Keuangan;
 - j. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan penagihan atas kekurangan pembayaran iuran sebagaimana hasil pemutakhiran data pada huruf i;
 - k. Dalam hal terjadi kelebihan pembayaran iuran yang diketahui setelah pemutakhiran data pasca rekonsiliasi, maka kelebihan pembayaran tersebut dikompensasikan kepada pembayaran iuran bulan berikutnya, atau apabila jumlahnya melebihi 3 bulan iuran, dapat dikembalikan melalui mekanisme pengembalian iuran;
 - l. Dalam hal ditemukan badan usaha tidak beroperasi atau proses pailit atau pailit, maka dapat dilakukan rekonsiliasi atas tagihan yang telah terbentuk di sistem dengan tagihan yang diakui sejak badan usaha tersebut sudah tidak beroperasi atau proses pailit atau pailit sesuai dengan berkas pendukung. Untuk menghindari terbentuknya tagihan pada bulan berikutnya, maka UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan koordinasi dengan UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta untuk penonaktifan peserta, dan berkoordinasi dengan UKPF Perluasan Peserta Pengawasan dan Pemeriksaan untuk dapat di-lapse-kan sesuai dengan ketentuan.

5. Rekonsiliasi Kontribusi Iuran Pemerintah Daerah (Provinsi)

- a. Mekanisme Rekonsiliasi Kontribusi Iuran

- 1). Rekonsiliasi Kontribusi Iuran dengan Pemerintah Provinsi dilakukan oleh KC berkoordinasi dengan Kedeputan Wilayah.
 - 2). Rekonsiliasi kontribusi Iuran PBI JK yang telah dicairkan atau ditagihkan dengan tagihan yang seharusnya, dilakukan berdasarkan realisasi data kepesertaan yang sama dengan yang telah diajukan ke KPA.
 - 3). Rekonsiliasi atau perhitungan kembali dilakukan paling sedikit setiap tiga bulan sekali, setelah rekonsiliasi antara BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran dan UKPF Kepesertaan dengan KPA.
 - 4). Hasil Rekonsiliasi dituangkan dalam Berita Acara sebagaimana format yang telah ditentukan.
 - 5). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan jumlah dana yang diterima, kelebihan diperhitungkan kembali pada tagihan berikutnya.
 - 6). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan jumlah dana yang dicairkan lebih kecil dari dana yang seharusnya dibayarkan, kekurangan dibayarkan setelah Berita Acara hasil rekonsiliasi ditanda tangani oleh BPJS Kesehatan dan Pemerintah Provinsi.
 - 7). Rekonsiliasi pada akhir tahun anggaran berjalan dilakukan berdasarkan data hasil rekonsiliasi akhir tahun dengan KPA.
- b. Proses Rekonsiliasi
- 1). Rekonsiliasi kontribusi Iuran terdiri dari dua proses yaitu rekonsiliasi data peserta yang dilaksanakan oleh KC c.q. UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta dan Rekonsiliasi Data Penerimaan Iuran yang dilaksanakan oleh KC c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan;
 - 2). Dasar rekonsiliasi data Kontribusi Iuran adalah realisasi data peserta yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya di FKTP wilayah yang bersangkutan sesuai dengan hasil rekonsiliasi data dengan Pemerintah Pusat;
 - 3). Dalam hal terdapat perbedaan pengakuan data jumlah peserta antara Pemerintah Provinsi dengan Berita Acara hasil rekonsiliasi sebagaimana yang dicantumkan dalam poin 2 maka data yang diakui adalah data hasil rekonsiliasi sebagaimana yang dicantumkan dalam poin b dan selanjutnya mekanisme perubahan data PBI JK mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 4). Proses rekonsiliasi data peserta dilakukan paling lambat 3 (tiga) hari kerja setelah surat penyampaian Berita Acara Hasil Rekonsiliasi PBI JK

dengan Pemerintah Pusat yang disampaikan oleh UKPF Manajemen luran diterima oleh Kantor Cabang;

- 5). Hasil rekonsiliasi data peserta Kontribusi luran dituangkan dalam Berita Acara hasil rekonsiliasi sebagaimana format yang telah ditentukan;
- 6). Hasil rekonsiliasi data peserta Kontribusi luran merupakan dasar penagihan Kontribusi luran kepada Pemerintah Provinsi;
- 7). Proses rekonsiliasi pembayaran luran lebih kurang dilakukan paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali atau bersamaan dengan proses rekonsiliasi data oleh UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta;
- 8). UKPF Penagihan dan Keuangan KC melakukan perhitungan selisih lebih kurang atas data peserta sebagaimana hasil rekonsiliasi data yang telah dilakukan dengan data penerimaan Kontribusi luran yang telah diterima;
- 9). Hasil rekonsiliasi selisih lebih kurang pembayaran Kontribusi luran dituangkan dalam Berita Acara sebagaimana format yang telah ditentukan;
- 10). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan jumlah dana yang diterima lebih kecil dari yang seharusnya dibayarkan, kekurangan Kontribusi luran ditagihkan paling lambat 1 (satu) hari kerja bersamaan dengan tagihan Kontribusi luran bulan berjalan atau dilakukan penagihan terpisah dari tagihan bulan berjalan;
- 11). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan atau kekurangan jumlah data yang diterima, kelebihan atau kekurangan tersebut diperhitungkan kembali pada tagihan berikutnya;
- 12). Tagihkan bulan Desember diajukan berdasarkan data realisasi peserta PBI bulan November, sesuai dengan hasil rekonsiliasi dengan Pemerintah Pusat;
- 13). Dalam rangka rekonsiliasi Kontribusi luran, apabila diperlukan data pendukung (data BNBA) yang harus disampaikan kepada Pemerintah Pemerintah Provinsi, maka dapat dilakukan penandatanganan Perjanjian Kerahasiaan atau *Non Disclosure Agreement* (NDA) dengan jangka waktu 1 (satu) tahun, sebagaimana format yang telah ditentukan; dan
- 14). Rekonsiliasi data sampai bulan Desember tahun berjalan dilakukan paling lambat satu bulan setelah Berita Acara Rekonsiliasi bulan Desember antara Pemerintah Pusat dengan BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan dan UKPF Kepesertaan diterima Kedeputian Wilayah.

- c. Peserta Rekonsiliasi Kontribusi Iuran
 - 1). Rekonsiliasi Kontribusi Iuran dengan Pemerintah Provinsi dilakukan oleh KC berkoordinasi dengan Kedeputian Wilayah;
 - 2). Kegiatan rekonsiliasi melibatkan peserta dari pihak Pemerintah Daerah dengan personil yang terlibat dalam kebutuhan rekonsiliasi Iuran sebagai berikut:
 - a). Internal BPJS Kesehatan
 - (1). Kepala Cabang;
 - (2). Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta;
 - (3). Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan; dan
 - (4). Pejabat, Analis atau Staf masing-masing bidang yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi.
 - b). Pihak Eksternal:
 - (1). Gubernur/Bupati/Walikota;
 - (2). Sekretaris Daerah;
 - (3). Dinas yang melakukan pembayaran kontribusi Iuran (SKPD); dan
 - (4). Pejabat atau Staf dari masing-masing instansi yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi.
- d. Anggaran Kegiatan Rekonsiliasi
 - 1). Dalam rangka pelaksanaan Rekonsiliasi Kontribusi Iuran, Kedeputian Wilayah dan/atau KC agar mengoptimalkan anggaran yang tersedia di Kedeputian Wilayah dan KC;
 - 2). Besaran honorarium mengacu pada Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Besaran Honorarium Bagi Pegawai dan Pihak Eksternal Pada Kegiatan Yang Dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - 3). Atas pelaksanaan kegiatan rekonsiliasi kepada peserta internal BPJS Kesehatan dapat diberikan honorarium kegiatan atau biaya operasional sesuai ketentuan berlaku;
 - 4). Dalam kondisi pandemi penggunaan anggaran dan pertanggungjawaban program kegiatan mengacu kepada ketentuan yang ditetapkan oleh Direksi;

- 5). Dalam rangka peningkatan efektivitas dan efisiensi anggaran, pelaksanaan kegiatan disinergikan dengan kegiatan lainnya yang dilaksanakan oleh bidang terkait; dan
- 6). Biaya yang timbul atas pelaksanaan kegiatan sosialisasi, penganggaran dan rekonsiliasi dibebankan pada anggaran Kedeputian Wilayah dan KC.

6. Rekonsiliasi Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah

a. Mekanisme Rekonsiliasi

Mekanisme Rekonsiliasi Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai berikut:

- 1). Rekonsiliasi Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dilakukan oleh KC berkoordinasi dengan Kedeputian Wilayah;
- 2). Rekonsiliasi Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III berdasarkan data tagihan dan pembayaran yang seharusnya dilakukan Pemerintah Daerah sesuai dengan kesepakatan antara Pemerintah Daerah dan BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya sesuai PKS;
- 3). Rekonsiliasi atau perhitungan kembali dilakukan paling sedikit setiap tiga bulan sekali, sebagaimana format yang telah ditentukan;
- 4). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan jumlah dana yang diterima, kelebihan diperhitungkan kembali pada tagihan berikutnya;
- 5). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan jumlah dana yang dicairkan lebih kecil dari dana yang seharusnya dibayarkan, kekurangan dibayarkan setelah Berita Acara hasil rekonsiliasi ditanda tangani oleh BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah; dan
- 6). Rekonsiliasi pada akhir tahun anggaran berjalan dilakukan berdasarkan data hasil rekonsiliasi akhir tahun dengan Pemerintah Daerah.

b. Proses Rekonsiliasi

- 1). Pemerintah Daerah bersama BPJS Kesehatan melakukan rekonsiliasi Iuran yang terdiri dari 3 (tiga) proses yaitu:

- a). Rekonsiliasi data peserta yang dilaksanakan oleh UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, dan rekonsiliasi data penerimaan luran yang dilaksanakan oleh UKPF Penagihan dan Keuangan KC;
 - b). Proses rekonsiliasi selisih lebih kurang pembayaran luran yaitu membandingkan tagihan yang telah dibayarkan dengan data yang disepakati sebagaimana hasil pemutakhiran data, dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara Pemerintah Daerah dan BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya sesuai PKS atau dapat disinergikan dengan rekonsiliasi luran lainnya dengan Pemerintah Daerah; dan
 - c). Dalam hal terdapat temuan atas reviu yang dilakukan oleh Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) maka dilaksanakan rekonsiliasi terhadap temuan tersebut. Rekonsiliasi dilakukan oleh UKPF Penagihan dan Keuangan bersama dengan UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, pelaksanaannya dapat disinergikan dengan rekonsiliasi luran lainnya dengan Pemerintah Daerah.
- 2). Rekonsiliasi selisih lebih kurang dilaksanakan antara Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan dalam hal ini diwakili oleh UKPF Penagihan dan Keuangan dengan langkah-langkah sebagai berikut:
- a). UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan inventarisasi data penerimaan luran yang telah dilakukan oleh Pemerintah Daerah;
 - b). UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan perhitungan selisih lebih kurang luran berdasarkan hasil pemutakhiran data peserta yang telah dilakukan oleh UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta dengan data penerimaan luran yang telah diterima;
 - c). Hasil rekonsiliasi selisih lebih kurang pembayaran luran dituangkan dalam Berita Acara sebagaimana format yang telah ditentukan;
 - d). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan jumlah dana yang diterima lebih kecil dari yang seharusnya dibayarkan, kekurangan luran dihitung dan ditagihkan bersamaan dengan tagihan luran yang dilakukan pada bulan berikutnya; dan
 - e). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan jumlah data yang diterima, kelebihan diperhitungkan kembali pada tagihan bulan berikutnya.
- 3). Rekonsiliasi selisih lebih kurang pembayaran luran dilaksanakan oleh UKPF Penagihan dan Keuangan setelah pembayaran luran dan paska

reviu dari Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) dari KPA dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a). KC melalui UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta beserta UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan penyandingan data peserta dan penerimaan luran sesuai dengan Berita Acara Rekonsiliasi yang telah disepakati dengan Pemerintah Daerah dengan data hasil reviu APIP dari KPA dan melakukan perhitungan selisih lebih kurang atas data tersebut;
- b). Hasil rekonsiliasi selisih lebih kurang pembayaran luran dituangkan dalam Berita Acara sebagaimana format yang telah ditentukan;
- c). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan jumlah dana yang diterima lebih kecil dari yang seharusnya dibayarkan, kekurangan luran dihitung dan ditagihkan bersamaan dengan tagihan luran yang dilakukan pada bulan berikutnya;
- d). Dalam hal hasil rekonsiliasi menunjukkan kelebihan jumlah data yang diterima, kelebihan diperhitungkan kembali pada tagihan bulan berikutnya.

c. Peserta Rekonsiliasi

- 1). Mekanisme Rekonsiliasi luran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dilakukan oleh KC berkoordinasi dengan Kedeputian Wilayah.
- 2). Kegiatan rekonsiliasi melibatkan peserta dari pihak Pemerintah Daerah dengan personil yang terlibat dalam kebutuhan rekonsiliasi luran sebagai berikut:
 - a). Internal BPJS Kesehatan:
 - (1). Kepala Cabang;
 - (2). Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta;
 - (3). Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan; dan
 - (4). Pejabat, Analis atau Staf masing-masing bidang yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi.
 - b). Pihak Eksternal:
 - (1). Gubernur/Bupati/Walikota;
 - (2). Sekretaris Daerah;

- (3). Dinas yang melakukan pembayaran iuran (SKPD); dan
- (4). Pejabat atau Staf dari masing-masing instansi yang dibutuhkan berkontribusi dalam topik bahasan rekonsiliasi.

d. Anggaran Kegiatan Rekonsiliasi

- 1). Dalam rangka pelaksanaan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah, Kedeputan Wilayah dan/atau KC agar mengoptimalkan anggaran yang tersedia di Kedeputan Wilayah dan KC;
- 2). Atas pelaksanaan kegiatan rekonsiliasi kepada peserta internal BPJS Kesehatan dapat diberikan honorarium kegiatan atau biaya operasional sesuai ketentuan berlaku.
- 3). Besaran honorarium mengacu pada Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang besaran honorarium bagi pegawai dan pihak eksternal pada kegiatan yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau ketentuan yang berlaku;
- 4). Dalam kondisi darurat pandemi, penggunaan anggaran dan pertanggungjawaban program kegiatan mengacu kepada Surat Edaran Direksi tentang penggunaan anggaran dan pertanggungjawaban program kegiatan dalam masa darurat bencana wabah penyakit di lingkungan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
- 5). Dalam rangka peningkatan efektivitas dan efisiensi anggaran, pelaksanaan kegiatan disinergikan dengan kegiatan lainnya yang dilaksanakan oleh bidang terkait.
- 6). Biaya yang timbul atas pelaksanaan kegiatan sosialisasi, penganggaran dan rekonsiliasi dibebankan pada anggaran Kedeputan Wilayah dan KC.

7. Rekonsiliasi iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang Mendaftar Secara Mandiri

Pada kondisi terdapat permintaan klarifikasi dari peserta PBPU dan Peserta BP yang membayar iuran secara mandiri terkait tagihan iuran dan iuran yang telah dibayarkan atas VA peserta, dilakukan rekonsiliasi data peserta dan data iuran antara Peserta dengan UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta dengan diketahui oleh UKPF Penagihan dan Keuangan.

Mekanisme rekonsiliasi iuran luran peserta PBPU dan peserta BP yang membayar iuran secara mandiri dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Peserta menyampaikan permintaan rekonsiliasi kepada UKPF Penagihan dan Keuangan atau langsung kepada UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta (KPP);
- b. Berdasarkan permintaan rekonsiliasi dari Peserta, UKPF KPP melakukan rekonsiliasi data peserta, dan UKPF Penagihan dan Keuangan memberikan data pembayaran iuran Peserta kepada UKPF KPP;
- c. Hasil Rekonsiliasi didokumentasikan dalam Berita Acara Rekonsiliasi yang ditandatangani oleh Peserta dan Kepala Cabang, setelah diparaf oleh UKPF Kepesertaan dan Pelayanan Peserta dan UKPF Penagihan dan Keuangan.
- d. Sebagai tindak lanjut dari hasil rekonsiliasi, dalam hal diperlukan koreksi data peserta, termasuk di dalamnya komponen dasar perhitungan iuran peserta, UKPF KPP melakukan pemutakhiran data sesuai dengan hasil rekonsiliasi,
- e. Berdasarkan hasil pemutakhiran data setelah rekonsiliasi, UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan penagihan atas kekurangan iuran atau melakukan pengembalian iuran sesuai dengan ketentuan dalam hal Peserta mengajukan permintaan pengembalian iuran (*refund*).

8. Rekonsiliasi Bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di ruang Perawatan Kelas III Yang lurannya Dibayarkan Oleh Pemerintah Daerah

Mekanisme rekonsiliasi bantuan iuran peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang lurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai berikut:

- a. Rekonsiliasi atau perhitungan kembali bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, dilakukan setiap tiga bulan sekali bersamaan dengan rekonsiliasi iuran.
- b. Hasil Rekonsiliasi dituangkan dalam Berita Acara sebagaimana format rekon yang telah ditentukan.
- c. Mekanisme rekonsiliasi bantuan iuran mengikuti mekanisme rekonsiliasi iuran.

9. Rekonsiliasi Bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat

Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang Membayar Iuran Secara Mandiri

- a. Rekonsiliasi atas bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dilakukan bersamaan dengan rekonsiliasi bantuan Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yang mendaftar secara mandiri;
- b. Mekanisme rekonsiliasi bantuan iuran mengikuti mekanisme rekonsiliasi bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang didaftarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta;
- c. Dalam rangka rekonsiliasi bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi, apabila diperlukan data pendukung (data BNBA) yang harus disampaikan kepada Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi, maka dapat dilakukan penandatanganan Perjanjian Kerahasiaan atau *Non Disclosure Agreement* (NDA) dengan jangka waktu 1 (satu) tahun, dengan format sebagaimana yang telah ditentukan;
- d. Rekonsiliasi data sampai dengan bulan Desember dilakukan paling lambat pada akhir triwulan pertama tahun berikutnya.

10. Rekonsiliasi Kontribusi Pajak Rokok

Rekonsiliasi kontribusi daerah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan melalui pemotongan pajak rokok dilaksanakan setiap tahun 1 (satu) kali paling lambat akhir bulan Maret. Tata cara rekonsiliasi kontribusi pajak rokok tahun sebelumnya, koordinasi perencanaan dan penganggaran tahun berjalan dan kompilasi Berita Acara kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun berjalan sebagai berikut:

- a. Persiapan
 - 1). Kedeputan Wilayah dan/atau KC agar melakukan koordinasi dengan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota untuk kegiatan rekonsiliasi kontribusi Pajak Rokok tahun sebelumnya dan perencanaan penganggaran pajak rokok tahun berjalan.

- 2). Kegiatan rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya dengan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan koordinasi perencanaan dan penganggaran pajak rokok tahun berjalan.
- 3). Kedeputan Wilayah agar melakukan koordinasi dengan Pemerintah Provinsi untuk melakukan kompilasi Berita Acara kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun berjalan yang disampaikan Pemerintah Kabupaten/Kota.
- 4). Kedeputan Wilayah dan/atau KC agar memastikan Gubernur/Bupati/Wali Kota telah menerima surat undangan dan memperoleh konfirmasi kehadirannya atau pejabat yang ditunjuk dalam rapat rekonsiliasi dan koordinasi penganggaran tersebut.
- 5). Biaya pelaksanaan kegiatan menggunakan anggaran Kedeputan Wilayah dan/atau KC.

b. Tujuan Kegiatan

- 1). Kegiatan rekonsiliasi ditujukan untuk menyepakati hasil rekonsiliasi atas realisasi penerimaan pajak rokok dan realisasi Iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran tahun sebelumnya yang dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi dan Kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi kontribusi daerah yang disampaikan oleh Pemerintah Provinsi Kepada Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan paling lambat tanggal 31 Maret setiap tahun.
- 2). Kegiatan perencanaan dan penganggaran ditujukan untuk menyepakati perencanaan dan penganggaran penerimaan pajak rokok dan Iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran tahun berjalan yang dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan dan Kompilasi Berita Acara Kesepakatan Penganggaran kontribusi daerah untuk mendukung program jaminan kesehatan yang disampaikan oleh Pemerintah Provinsi Kepada Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan paling lambat tanggal 31 Maret setiap tahun.

c. Data/Dokumen yang Dibutuhkan

- 1). Kegiatan Rekonsiliasi Kontribusi Pajak Rokok Tahun sebelumnya
 - a). Dari Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota :
 - (1). Rencana penerimaan Pajak Rokok tahun sebelumnya. Angka yang digunakan sesuai dengan kompilasi Berita Acara kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun sebelumnya

yang disampaikan oleh pemerintah provinsi ke Ditjen Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan.

- (2). Realisasi penerimaan Pajak Rokok (100%) tahun sebelumnya mulai triwulan keempat 2 tahun sebelumnya.
 - (a). Jika penerimaan pajak rokok di RKUD tahun sebelumnya mulai triwulan IV/2 tahun sebelumnya s.d. triwulan IV/tahun sebelumnya maka realisasi pajak rokok 100% terdiri dari triwulan IV/2 tahun sebelumnya, Desember 2 (dua) tahun sebelumnya, triwulan 1/tahun sebelumnya, triwulan 2/tahun sebelumnya, triwulan 3/tahun sebelumnya dan triwulan 4/tahun sebelumnya.
 - (b). Jika penerimaan pajak rokok di RKUD tahun sebelumnya mulai IV/2 tahun sebelumnya s/d triwulan 3 tahun sebelumnya maka realisasi pajak rokok terdiri dari triwulan IV/2 tahun sebelumnya, Desember 2 tahun sebelumnya, triwulan 1/tahun sebelumnya, triwulan 2/tahun sebelumnya, triwulan 3/tahun sebelumnya.
 - (c). Jika penerimaan pajak rokok di RKUD mulai periode Desember 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan 4 tahun sebelumnya maka realisasi pajak rokok terdiri dari Desember 2 tahun sebelumnya, triwulan 1/tahun sebelumnya, triwulan 2/tahun sebelumnya, triwulan 3/tahun sebelumnya dan triwulan 4/tahun sebelumnya.
 - (d). Jika penerimaan pajak rokok di RKUD mulai periode Desember 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan 3 tahun sebelumnya maka realisasi pajak rokok terdiri dari Desember 2 tahun sebelumnya, triwulan 1/tahun sebelumnya, triwulan 2/tahun sebelumnya, triwulan 3/tahun sebelumnya.
- (3). Realisasi pemotongan Pajak Rokok dari realisasi penerimaan Pajak mulai triwulan IV/2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV/tahun sebelumnya yang dananya telah dipotong oleh Kementerian Keuangan dan disetor ke BPJS Kesehatan. Sumber data dari realisasi APBD dan rekapitulasi pemotongan pajak rokok dari Ditjen Perimbangan Keuangan.

- (4). Bukti pembayaran iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran mulai triwulan IV/ 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV/ tahun sebelumnya yang telah direkonsiliasi.
 - (5). Surat penunjukan pejabat yang akan menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi dari Gubernur/Bupati/Walikota, dalam hal Berita Acara Rekonsiliasi ditandatangani oleh pejabat yang ditunjuk.
- b). Dari BPJS Kesehatan:
- (1). Realisasi pendapatan iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran mulai triwulan IV/2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV/ tahun sebelumnya yang telah direkonsiliasi.
 - (2). Realisasi penerimaan iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran mulai triwulan IV/ 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV/ tahun sebelumnya yang telah direkonsiliasi.
 - (3). Bukti penerimaan iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran mulai triwulan IV/ 2 tahun sebelumnya sampai dengan triwulan IV/ tahun sebelumnya.
 - (4). Data tunggakan iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran per 31 Desember tahun sebelumnya.
- c). Dokumen dan data yang dibutuhkan dalam rangka Koordinasi Perencanaan dan Penganggaran Pajak Rokok Tahun berjalan serta kompilasi Berita Acara penganggaran tahun berjalan:
- (1). Dari Pemda Provinsi/Kabupaten/Kota:
 - (a). Rencana penerimaan Pajak Rokok (100%) tahun berjalan selama satu tahun. Sumber data dari APBD masing-masing Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota.
 - (b). Anggaran iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi iuran dan Bantuan iuran tahun berjalan. Sumber data dari APBD masing-masing Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota.

(2). Dari BPJS Kesehatan:

- (a) Rencana penerimaan Pajak Rokok tahun berjalan selama satu tahun. Sumber data dari APBD Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota dari Pemerintah Provinsi.
- (b) Perjanjian Kerja Sama (PKS) Iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda Tahun berjalan antara Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota dengan BPJS Kesehatan.

d. Luaran Kegiatan

- 1). Luaran kegiatan rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya berupa:
 - a). Kertas Kerja Berita Acara Rekonsiliasi; dan
 - b). Berita Acara Rekonsiliasi sesuai format C Peraturan Menteri Keuangan.
- 2). Luaran kegiatan koordinasi perencanaan dan penganggaran pajak rokok tahun berjalan berupa Form A Berita Acara Kesepakatan sesuai format pada Peraturan Menteri Keuangan.
- 3). Luaran kegiatan kompilasi Berita Acara Kesepakatan pajak rokok tahun berjalan berupa Kompilasi Form B Berita Acara Kesepakatan per Provinsi sesuai format pada Peraturan Menteri Keuangan.
- 4). Seluruh Kertas Kerja, Berita Acara Kesepakatan dan Rekonsiliasi dibuat 3 (tiga) rangkap masing-masing bermaterai cukup sesuai ketentuan.

e. Pejabat Penandatanganan

Kertas Kerja dan Berita Acara Rekonsiliasi ditandatangani oleh:

- 1). Deputi Direksi Wilayah dan Gubernur/pejabat yang ditunjuk untuk penyelenggaraan Jamkesda tingkat provinsi.
- 2). Kepala Cabang dan Bupati/Walikota/pejabat yang ditunjuk untuk penyelenggaraan Jamkesda tingkat kabupaten/kota.
- 3). Dalam rangka percepatan proses penandatanganan Berita Acara, Kepala Cabang di ibukota Provinsi dapat menandatangani Berita Acara rekonsiliasi dan penganggaran pajak rokok untuk penyelenggaraan Iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan oleh Pemda, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran tingkat Provinsi.

f. Perlakuan Selisih Lebih/Kurang Rekonsiliasi

- 1). Dalam hal terdapat selisih kurang hasil rekonsiliasi tahun sebelumnya, maka atas selisih tersebut wajib diperhitungkan dalam Berita Acara

Kesepakatan penganggaran kontribusi daerah sebelumnya pajak rokok untuk mendukung program jaminan kesehatan tahun berjalan.

- 2). Dalam hal terdapat selisih lebih hasil rekonsiliasi tahun sebelumnya, maka atas selisih tersebut diperhitungkan dalam kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun berjalan.

g. Batas Waktu Penyampaian Berita Acara

- 1). Kegiatan rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya dengan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota dilaksanakan paling lambat pada bulan Maret bersamaan dengan kegiatan koordinasi perencanaan dan penganggaran kontribusi daerah untuk mendukung program jaminan kesehatan tahun berjalan.
- 2). KC menyampaikan Berita Acara Rekonsiliasi tahun sebelumnya beserta kertas kerja rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara Kesepakatan penganggaran tahun berjalan ke Kedeputian Wilayah paling lambat pada minggu kedua bulan Maret.
- 3). Kedeputian Wilayah atau KC yang berkedudukan di ibukota provinsi melaksanakan kegiatan kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun berjalan dengan Pemerintah Provinsi paling lambat pada minggu ketiga bulan Maret.
- 4). Kedeputian Wilayah menyampaikan Kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun berjalan ke Direktorat Keuangan dan Investasi c.q. UKPF Manajemen Luran paling lambat pada minggu keempat bulan Maret.
- 5). Kedeputian Wilayah atau KC yang berkedudukan di ibukota provinsi mendorong Pemerintah Provinsi untuk segera menyampaikan Kompilasi Berita Acara Rekonsiliasi pajak rokok tahun sebelumnya dan Berita Acara kesepakatan penganggaran pajak rokok tahun berjalan kepada Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan paling lambat 31 Maret.

11. Rekonsiliasi Terhadap Pencatatan Luran Per Segmen

Rekonsiliasi terhadap Pencatatan luran per segmen dilakukan setiap bulan antara UKPF Manajemen Luran dengan UKPF Akuntansi atas tagihan,

penerimaan, dan piutang iuran per segmen paling lambat tanggal 9 setiap bulannya.

BAB XI

PENAGIHAN TUNGGAKAN KEWAJIBAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

A. Tunggakan Kewajiban Iuran Jaminan Kesehatan

1. Tunggakan Kewajiban Iuran Jaminan Kesehatan, atau untuk selanjutnya disebut sebagai Tunggakan Iuran, terjadi dalam hal kewajiban pembayaran Iuran Peserta, Kontribusi Iuran Peserta PBI, dan Bantuan Iuran Pemerintah Pusat dan Daerah belum dibayarkan kepada BPJS Kesehatan sampai dengan akhir bulan berjalan;
2. BPJS Kesehatan wajib mencatat dan menagih tunggakan Iuran, Kontribusi Iuran dan Bantuan Iuran paling banyak untuk 24 (dua puluh empat) bulan;

B. Tata Cara Perhitungan Iuran Jaminan Kesehatan

1. Jumlah tunggakan Iuran dihitung secara akumulatif sebesar kewajiban pembayaran Iuran/Kontribusi Iuran/Bantuan Iuran berdasarkan tarif sesuai ketentuan, untuk sejumlah peserta terdaftar pada *masterfile* BPJS Kesehatan, dengan memperhitungkan jumlah bulan menunggak.
2. Dalam hal Peserta menunggak beralih menjadi jenis kepesertaan lain, tunggakan Iurannya tetap ditagihkan pada jenis kepesertaan awal sampai dengan bulan di mana peserta tersebut beralih jenis kepesertaan.
3. Dalam hal Peserta menunggak:
 - a. Meninggal dunia, maka:
 - 1). Jumlah tunggakan dihitung sampai dengan bulan meninggal yang dibuktikan dengan surat kematian atas peserta yang meninggal.
 - 2). Dalam hal masih terdapat tunggakan setelah bulan kematian, maka terhadap tagihan yang muncul dilakukan proses koreksi dengan mekanisme rekonsiliasi.
 - b. Memiliki kepesertaan ganda dengan jenis kepesertaan lain, maka:
 - 1). Jumlah tunggakan dihitung sampai dengan bulan peserta tersebut beralih jenis kepesertaan untuk Kartu Peserta yang aktif digunakan.
 - 2). Dalam hal masih terbentuk tagihan tunggakan setelah beralih ke jenis kepesertaan lain, maka dilakukan proses koreksi dengan mekanisme

rekonsiliasi terhadap tagihan yang muncul setelah jenis kepesertaan beralih.

C. Tata Cara Penagihan Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan

Tunggakan iuran akan ditagihkan bersama dengan tagihan kewajiban iuran bulan berikutnya kepada penanggung jawab pembayaran iuran (Peserta/Pemberi Kerja/Penyelenggara Negara/Badan Hukum/Donatur Badan Hukum/Donatur Perorangan). Mekanisme penagihan tunggakan kewajiban iuran dilaksanakan sebagai berikut:

1. PBI Jaminan Kesehatan
 - a. Tunggakan iuran atas kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan ditagihkan kepada Pemerintah Pusat c.q. Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) bersama dengan tagihan bulan berikutnya setelah dilakukan rekonsiliasi data peserta dan data iuran;
 - b. Penagihan Tunggakan iuran dilaksanakan melalui surat tagihan yang dikirimkan pada kunjungan langsung oleh UKPF Penagihan dan Keuangan di Kantor Pusat BPJS Kesehatan kepada KPA; dan
 - c. Tata laksana dan kelengkapan berkas penagihan Tunggakan iuran diselenggarakan mengikuti mekanisme penagihan rutin iuran PBI Jaminan Kesehatan.
2. Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah;
 - a. Tunggakan iuran atas jaminan kesehatan Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, ditagihkan kepada Pemerintah Daerah paling lambat tanggal 2 (dua) bulan berikutnya, atau pada hari kerja berikutnya apabila tanggal 2 (dua) jatuh pada hari libur atau hari yang diliburkan secara nasional bersama dengan tagihan iuran rutin bulan berikutnya;
 - b. Tagihan Tunggakan iuran disampaikan setelah melalui proses rekonsiliasi data peserta dan data iuran; dan
 - c. Penagihan Tunggakan iuran atas jaminan kesehatan Peserta PBPU dan Peserta BP yang Dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah diselenggarakan melalui konfirmasi pembayaran melalui pengiriman surat

dan/atau *telecollecting*, dan/atau kunjungan langsung oleh UKPF Penagihan dan Keuangan KC kepada Pemerintah Daerah.

3. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU)

a. PPU Penyelenggara Negara

- 1). Penagihan tunggakan iuran Peserta PPU Penyelenggara Negara dilakukan bersama dengan tagihan iuran rutin bulan berikutnya setelah melalui proses rekonsiliasi data peserta dan data iuran;
- 2). Penagihan tunggakan iuran yang menjadi kewajiban Pemerintah Pusat sebagai pemberi kerja bagi Peserta PPU Penyelenggara Negara (4%) di tingkat Pusat dilaksanakan oleh UKPF Manajemen Iuran melalui mekanisme DIPA ke Kementerian Keuangan;
- 3). Penagihan tunggakan iuran yang menjadi kewajiban Peserta PPU Penyelenggara Negara (1%) di tingkat Pusat ditagihkan oleh UKPF Manajemen Iuran kepada Pemerintah Pusat c.q. Kementerian Keuangan dengan mekanisme PFK;
- 4). Dalam hal terdapat tunggakan iuran yang disebabkan Pemerintah Daerah sebagai Pemberi Kerja belum menyetorkan kewajiban iuran (4%) dan potongan gaji (1%), KC BPJS Kesehatan melakukan aktivitas penagihan sebagai berikut:
 - a). Paling lambat tanggal 2 bulan berjalan dilakukan pengiriman surat pengingat pembayaran iuran dan tunggakan iuran yang diserahkan dalam kunjungan langsung kepada Pemerintah Daerah.
 - b). Atas pengiriman surat pengingat pembayaran iuran dan tunggakan iuran, KC mengupayakan diperolehnya tanggal komitmen pembayaran secara tertulis dari Pemerintah Daerah.
 - c). Dalam hal sampai dengan tanggal yang dijanjikan dalam komitmen pembayaran Pemerintah Daerah belum membayar iuran dan tunggakan iuran, KC melakukan konfirmasi pembayaran melalui telepon/telekolekting dan mengirimkan surat pengingat pembayaran tunggakan iuran ke-2 untuk mendapatkan komitmen pembayaran kedua.
 - d). Dalam hal sampai dengan tanggal komitmen pembayaran kedua Pemerintah Daerah masih belum melakukan pembayaran tunggakan iuran sesuai komitmen, KC melakukan kunjungan

penagihan dan mengirimkan surat pengingat ke-3 untuk memperoleh komitmen pembayaran.

e). Dalam hal Pemerintah Daerah tidak membayar iuran hingga tunggakan telah melampaui jangka waktu 1 (satu) tahun dan telah dilaksanakan penagihan optimal, KC dapat mengajukan pemotongan Dana Alokasi Umum/Dana Bagi Hasil dengan persetujuan dari Pemerintah Daerah sebagai pembayaran tunggakan iuran tersebut.

5). Dalam hal Tunggakan iuran Pemerintah Daerah terjadi karena setoran iuran Pemerintah Daerah yang sudah disetor melalui Kas Negara belum disalurkan ke BPJS Kesehatan, maka dilakukan penagihan oleh BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen iuran kepada Kementerian Keuangan dengan mekanisme PFK.

b. Kepala Desa dan Perangkat Desa

1). Tunggakan iuran Kepala Desa dan Perangkat Desa ditagihkan kepada Pemerintah Kabupaten/Kota melalui sistem penagihan elektronik yang berlaku dan/atau *e-mail blast* bersama dengan tagihan iuran bulan berikutnya paling lambat tanggal 2 bulan berikutnya.

2). Dalam hal sampai dengan tanggal 10 bulan berjalan Pemerintah Kabupaten/Kota belum melakukan pembayaran iuran beserta tunggakannya, KC melakukan kunjungan untuk menyampaikan surat konfirmasi yang bertujuan mengingatkan Pemerintah Kabupaten/Kota agar segera melakukan pembayaran, dan mendapatkan pernyataan komitmen tanggal pembayaran akan dilaksanakan.

c. Pegawai Swasta

1). Tunggakan iuran Peserta Pegawai Swasta ditagihkan secara kolektif kepada Badan Usaha sebagai Pemberi Kerja bersama dengan tagihan bulan berikutnya melalui E-dabu atau sistem penagihan elektronik lainnya paling lambat pada tanggal 2 (dua) bulan berikutnya;

2). Penagihan tunggakan iuran kepada Badan Usaha dilaksanakan secara terintegrasi dengan prosedur pengawasan Badan Usaha Setor iuran bersama UKPF Manajemen Kepatuhan.

- 3). Pengawasan Badan Usaha setor iuran dilaksanakan dengan mekanisme sebagai berikut:
 - a). Tanggal 1 (satu) sampai dengan 10 (sepuluh) bulan berjalan, UKPF Manajemen Iuran melakukan konfirmasi atas penyampaian email tagihan kepada Badan Usaha secara Pareto untuk memastikan bahwa Badan Usaha telah menerima tagihan dengan jumlah yang semestinya dan memastikan kebenaran alamat yang tertera pada lembar tagihan/*billing statement*.
 - b). Dalam hal Badan Usaha menyatakan telah menerima tagihan sesuai dengan perhitungan Badan Usaha, UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan agar dilakukan pembayaran paling lambat tanggal 10 bulan berjalan.
 - c). Dalam hal sampai dengan tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan sampai dengan akhir bulan tunggakan dan iuran bulan berjalan belum dilunasi, maka dilakukan upaya mengingatkan pembayaran iuran melalui telepon, media pengirim pesan elektronik dan pengiriman surat melalui email/pos.
- 4). Kunjungan lapangan penagihan dilakukan mulai awal bulan berikutnya dalam hal sampai dengan akhir bulan berjalan tunggakan dan kewajiban iuran bulan berjalan belum dibayar lunas;
- 5). Hasil kunjungan penagihan dituangkan ke dalam Berita Acara Kunjungan Penagihan yang terdiri dari:
 - a). Berita Acara Kesiediaan Membayar Tunggakan;
 - b). Berita Acara Kesiediaan Membayar Tunggakan Dengan Proses Cicilan;
 - c). Berita Acara Kesiediaan Membayar Dengan Rekonsiliasi Tagihan; atau
 - d). Berita Acara Tidak Bersedia Membayar/Ketidakmampuan Finansial.
- 6). Penagihan iuran Badan Usaha yang menunggak lebih dari 2 (dua) bulan dan sudah dilakukan upaya penagihan optimal, yang meliputi:
 - a). *Telecollecting*;
 - b). Pengiriman surat pengingat pembayaran; dan
 - c). Kunjungan penagihan, yang dilaksanakan dengan melibatkan fungsi Kepatuhan KC dengan mekanisme sebagai berikut:

- (1). UKPF Penagihan dan Keuangan KC BPJS Kesehatan membuat rekapitulasi daftar Badan Usaha yang menunggak lebih dari 2 (dua) bulan yang telah dilakukan penagihan optimal; dan
- (2). UKPF Penagihan dan Keuangan KC melimpahkan Badan Usaha sebagaimana pada butir a ke UKPF Manajemen Kepatuhan KC melalui Berita Acara Pelimpahan Data Badan Usaha Yang Belum Patuh Membayar Iuran dengan melampirkan bukti:
 - (a). Laporan telekolekting badan usaha, mencakup tanggal telekolekting, pihak yang menerima/mendapatkan informasi telekolekting dan hasil telekolekting;
 - (b). Berita Acara Hasil Kunjungan Penagihan.
- (3). Mekanisme pelimpahan Badan Usaha sebagaimana pada angka (2) mengacu pada ketentuan Peraturan Direksi terkait Integrasi Pengawasan Kepatuhan Antar Fungsi Atas Kepatuhan Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara-

d. PPNPN dan PPPK

Penagihan Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan PPNPN dan PPPK APBN disampaikan melalui surat kepada Pemerintah Pusat untuk akun 811141 (1% ditanggung PPNPN APBN), akun 811142 (4% ditanggung oleh Pemerintah Pusat sebagai Pemberi Kerja), akun 811151 (1% ditanggung PPNPN APBD) dan 811152 (4% ditanggung PPNPN APBD) bersama dengan penagihan iuran bulan berikutnya setelah dilakukan rekonsiliasi data peserta dan data iuran dengan mekanisme DIPA dan PFK.

Sebagai upaya penagihan Tunggakan Iuran PPNPN dan PPPK APBD, KC BPJS Kesehatan melakukan konfirmasi pembayaran melalui telepon, surat pengingat dan kunjungan langsung kepada Satuan Kerja Pemerintah Daerah.

4. PBPU dan BP Selain Penyelenggara Negara

- a. Tunggakan Iuran PBPU dan BP selain Penyelenggara Negara ditagihkan secara akumulatif bersama dengan tagihan iuran bulan berikutnya paling banyak 24 (dua puluh empat) bulan. Peserta dapat mengecek jumlah tagihan Tunggakan Iuran bersama dengan iuran bulan berjalan pada kanal pembayaran yang telah disiapkan BPJS Kesehatan;

- b. Upaya penagihan Tunggakan Iuran PBPU dan BP selain Penyelenggara Negara dapat dilakukan dengan metode pengiriman SMS/WA *blast*, *telecollecting*, pengiriman surat tagihan melalui *e-mail*/pos, melalui kunjungan yang dilakukan oleh Kader JKN-KIS, Agen Institusi dan metode lain yang ditetapkan sesuai ketentuan; dan
 - c. Atas tunggakan Iuran Peserta PBPU dan BP yang didaftarkan secara kolektif, dilakukan upaya penagihan melalui aktivitas mengingatkan Badan Hukum/Donatur Badan Hukum/Donatur Perorangan yang menjadi penanggung jawab atas pembayaran iurannya untuk melakukan pembayaran. Metode yang dapat dilakukan adalah melalui *telecollecting*, pengiriman surat pengingat pembayaran tagihan melalui *e-mail*/pos, dan kunjungan langsung.
5. BP Penyelenggara Negara
- a. Penagihan atas Tunggakan Iuran BP Penyelenggara Negara dilaksanakan melalui mekanisme PFK dan DIPA ke Kementerian Keuangan;
 - b. Penagihan dilakukan pada bulan berikutnya setelah dilakukan rekonsiliasi data Iuran triwulanan antara BPJS Kesehatan c.q. UKPF Manajemen Iuran dengan pihak sebagai berikut:
 - 1). Kementerian Keuangan dan PT. TASPEN (Persero) untuk penagihan tunggakan iuran yang menjadi kewajiban Peserta (2%) Penerima Pensiun PNS, Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan;
 - 2). Kementerian Keuangan dan PT. ASABRI (Persero) untuk penagihan iuran jaminan kesehatan yang merupakan kewajiban Peserta Penerima Pensiun Prajurit/Polri (2%).
 - 3). Kementerian Keuangan untuk penagihan tunggakan Iuran yang menjadi kewajiban Penyelenggara Negara (3%) bagi Peserta Veteran, Perintis Kemerdekaan, janda, duda atau anak yatim dan/atau piatu dari penerima pensiun sebagaimana tersebut di atas.

D. Tata Cara Pembayaran Tunggakan Iuran

Pembayaran Tunggakan Iuran dilakukan bersama dengan tagihan Iuran bulan berjalan kepada BPJS Kesehatan melalui:

- 1. VA bagi Iuran PBI JK, Kontribusi Iuran, Iuran Peserta PBPU dan Peserta BP yang membayar Iuran secara mandiri, Iuran Peserta PBPU dan BP yang

dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, Bantuan Iuran Pemda Peserta PBPU dan Peserta BP yang membayar iuran secara mandiri, Bantuan Iuran Pemda Peserta PBPU dan BP yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, Bantuan Iuran Pempus bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yang membayar iuran secara mandiri dan Peserta PBPU dan BP yang dibayarkan iurannya oleh Pemerintah Daerah, Pemberi Kerja bagi Peserta Pekerja Penerima Upah selain Penyelenggara Negara (Badan Usaha), Kepala Desa dan Perangkat Desa; dan

2. Rekening *Collection Non VA* BPJS Kesehatan bagi pembayaran tunggakan iuran yang dibayarkan melalui mekanisme DIPA dan PFK oleh Pemerintah Pusat.

E. Pembayaran Tunggakan Iuran Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Transfer Daerah

Pembayaran Tunggakan Iuran bagi Pemerintah Daerah sebagai Pemberi Kerja dapat dilakukan melalui pemotongan dana transfer daerah oleh Pemerintah Pusat, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Pemerintah Pusat c.q. Kementerian Keuangan akan membantu penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan kewajiban Pemerintah Daerah selaku Pemberi Kerja PNS Daerah melalui pemotongan Dana Alokasi Umum (DAU) dan/atau Dana Bagi Hasil (DBH).
2. Pemotongan DAU dan/atau DBH dilakukan terhadap:
 - a. Pemerintah Daerah yang mempunyai tunggakan;
 - b. tunggakan yang telah melampaui jangka waktu 1 (satu) tahun (untuk Iuran Pemda), atau 6 (enam) bulan (untuk tunggakan Kontribusi dan Bantuan Iuran); dan
 - c. telah dilakukan upaya penagihan secara optimal oleh Kedeputian Wilayah dan/atau KC.
3. Tunggakan Pemerintah Daerah yang penyelesaiannya melalui pemotongan DAU dan/atau DBH dimaksud meliputi:
 - a. tunggakan yang timbul pada periode PT ASKES (Persero) tahun 2004-2013, sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2003 tentang Subsidi dan Iuran Pemerintah dalam

Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun;

- b. tunggakan yang timbul pada periode BPJS Kesehatan tahun 2014 hingga sekarang, sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016; dan
 - c. tunggakan yang timbul atas kewajiban pembayaran Kontribusi Iuran Peserta PBI, Iuran Peserta BPBU dan Peserta BP dengan manfaat Pelayanan di ruang perawatan kelas III, dan Bantuan Iuran Pemerintah.
4. Pemotongan DAU dan/atau DBH tersebut akan diperhitungkan sebagai penyelesaian tunggakan Pemerintah Daerah.
5. Mekanisme penyelesaian tunggakan Kontribusi Iuran dan/atau Bantuan Iuran melalui pemotongan DAU dan/atau DBH diselenggarakan sebagai berikut:
- a. Dalam hal BPJS Kesehatan telah melakukan upaya penagihan namun masih terdapat Tunggakan, BPJS Kesehatan dapat menyampaikan permohonan penyelesaian Tunggakan pembayaran kepada Menteri Keuangan c.q. Direktur Jenderal Perimbangan Keuangan dengan tembusan kepada Menteri Dalam Negeri c.q. Direktur Jenderal Bina Keuangan Daerah melalui pemotongan DAU dan/ atau DBH;
 - b. Tunggakan yang dapat diajukan permohonannya kepada Menteri Keuangan c.q. Direktur Jenderal Perimbangan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan setelah melampaui jangka waktu 6 (enam) bulan (untuk tunggakan Kontribusi dan Bantuan Iuran) atau 1 (satu) tahun (untuk Iuran Pemda) dan telah dilakukan upaya penagihan secara optimal oleh BPJS Kesehatan yang dituangkan dalam dokumen penagihan;
 - c. Dalam rangka menentukan besaran Tunggakan yang akan diajukan untuk diselesaikan melalui pemotongan DAU dan/atau DBH, BPJS Kesehatan melakukan rekonsiliasi dengan Pemerintah Daerah untuk menyepakati besaran Tunggakan.
 - d. Jumlah Tunggakan yang disepakati dalam rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada huruf c dituangkan dalam berita acara rekonsiliasi yang ditandatangani oleh deputi direksi wilayah/kepala cabang BPJS Kesehatan setempat dan gubernur/bupati/wali kota atau pejabat yang ditunjuk, yang memuat paling sedikit:

- 1). Nama daerah;
 - 2). jumlah rincian Tunggakan yang disepakati dan/ atau tidak disepakati; dan
 - 3). penyelesaian atas Tunggakan.
- e. Berdasarkan berita acara rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada huruf d, Direktur Utama BPJS Kesehatan atau pejabat yang ditunjuk menetapkan besaran Tunggakan masing-masing Pemerintah Daerah.
 - f. BPJS Kesehatan dapat meminta Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) untuk melakukan audit atas besaran tunggakan Pemerintah Daerah.
 - g. Penetapan besaran Tunggakan Bantuan dan Kontribusi iuran masing-masing Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada huruf e dilakukan dengan memperhitungkan:
 - 1). selisih lebih dari jumlah realisasi kontribusi penerimaan Pajak Rokok dibanding realisasi jaminan kesehatan daerah pada tahun anggaran sebelumnya; dan
 - 2). pemotongan penerimaan Pajak Rokok yang telah disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan pada tahun berkenaan.

F. Pembayaran Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan secara Bertahap Bagi Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara

Dalam upaya memperoleh penerimaan atas Tunggakan Iuran dari Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara (Badan Usaha), UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan integrasi antarfungsi dengan UKPF Manajemen Kepatuhan. Sebagai tindak lanjut dari integrasi antar fungsi dengan tujuan untuk peningkatan kolektibilitas iuran, diberlakukan kebijakan berupa pembayaran iuran secara bertahap bagi pemberi kerja selain penyelenggara negara dengan kriteria khusus sebagai berikut:

1. Kebijakan Umum
 - a. Bagi Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara (Badan Usaha Swasta), selanjutnya disebut sebagai Badan Usaha, yang mengalami kesulitan keuangan sehingga menunggak iuran jaminan kesehatan dapat melakukan pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap dengan persyaratan tertentu;

- b. Pembayaran Tunggalan iuran secara bertahap diberikan kepada Badan Usaha yang memenuhi syarat sebagai berikut:
- 1). Menunggak iuran lebih dari 2 bulan; atau
 - 2). Merupakan Badan Usaha aktif yang memiliki tunggalan hasil pengalihan dari PT. Jamsostek (Persero); atau
 - 3). Badan Usaha yang memiliki tunggalan hasil pengalihan dari PT. Jamsostek (Persero), namun belum memiliki kode entitas baru pada *database* BPJS Kesehatan.
 - 4). Telah dilakukan verifikasi oleh tim yang terdiri dari UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta serta UKPF penagihan dan keuangan atas persyaratan pengajuan pembayaran bertahap.
 - 5). Menyatakan diri tidak mampu melakukan pembayaran Tunggalan iuran secara sekaligus, dibuktikan dengan Surat Pernyataan Tidak Mampu Membayar Tunggalan Iuran Secara Sekaligus dengan dilampiri paling sedikit Laporan Keuangan atau catatan atas transaksi keuangan dalam hal badan usaha tidak menyelenggarakan laporan keuangan secara khusus atau rekening paling sedikit untuk 3 bulan terakhir.
 - 6). Telah menandatangani Kesepakatan Pembayaran Tunggalan Iuran Jaminan Kesehatan Secara Bertahap antara Pimpinan Badan Usaha atau pejabat yang diberi kuasa oleh Pimpinan Badan Usaha dengan Kepala Cabang BPJS Kesehatan yang bermaterai cukup, dengan saksi dari pihak BPJS Kesehatan paling sedikit 1 (satu) orang setingkat staf dan saksi dari pihak Badan Usaha paling sedikit 1 (satu) orang setingkat staf, yang dilampiri dengan jadwal pembayaran berdasarkan kesanggupan Badan Usaha yang disepakati oleh BPJS Kesehatan.
- c. Jumlah tunggalan yang dapat dibayarkan melalui mekanisme pembayaran secara bertahap adalah sebesar nominal yang ditetapkan pada Kesepakatan Kesanggupan Pembayaran Tunggalan Iuran Jaminan Kesehatan Secara Bertahap, yang terdiri dari jumlah tunggalan sampai dengan bulan di mana kesepakatan ditandatangani ditambah dengan jumlah iuran pada bulan-bulan di mana pembayaran bertahap dilaksanakan.

- d. Dalam hal status Badan Usaha masih beroperasi, maka jumlah pembayaran Tunggakan Iuran dari Badan Usaha tersebut untuk setiap kali pembayaran adalah sebesar tunggakan Iuran sesuai tahapan pada Berita Acara ditambah sebesar iuran bulan berjalan pada saat melakukan pembayaran.
- e. Selama pembayaran tunggakan Iuran dan kewajiban iuran bulan berjalan belum dilunasi, status kepesertaan Badan Usaha tidak aktif dan peserta tidak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan.
- f. Dalam hal pembayaran tunggakan Iuran sampai dengan kewajiban bulan berjalan belum dilunasi, Badan Usaha wajib bertanggung jawab pada saat pekerjaannya membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan manfaat yang diberikan.
- g. UKPF Penagihan dan Keuangan KC menginformasikan kepada UKPF Penjaminan Manfaat Primer dan UKPF Penjaminan Manfaat rujukan Kantor Cabang terkait hal pada butir e dan f.
- h. Aktivasi status kepesertaan dilakukan setelah Badan Usaha melunasi tunggakan Iuran sampai dengan bulan berjalan.
- i. Jangka waktu tahapan pembayaran tunggakan Iuran diberikan paling lama 12 (dua belas) bulan sejak Berita Acara Kesanggupan Membayar Iuran Secara Bertahap ditandatangani dengan frekuensi pembayaran sesuai kesepakatan, dan dapat dipercepat apabila Badan Usaha menghendaki.
- j. Pembayaran tahapan tunggakan Iuran pertama kali dilaksanakan paling lama 7 (tujuh) hari sejak Kesepakatan Pembayaran Tunggakan Iuran Secara Bertahap ditandatangani.
- k. Pemberian kebijakan pembayaran secara bertahap hanya diberikan 1 (satu) kali selama kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan.
- l. Persetujuan atas pemberian kebijakan pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap diberikan oleh Kepala KC atau Pejabat Pelaksana Harian Kepala Cabang/Pejabat Pengganti Sementara Kepala Cabang dalam hal belum ditetapkan pejabat definitif Kepala Cabang, setelah melalui proses verifikasi atas pengajuan kebijakan.
- m. Pembayaran tunggakan Iuran secara bertahap diterima pada rekening aset DJS Kesehatan yang diatur lebih lanjut dengan keputusan direktur teknis.

- n. Biaya administrasi bank untuk penyetoran tahapan dari Badan Usaha ke rekening BPJS Kesehatan menjadi tanggungan Badan Usaha, dan biaya administrasi pemindahan dana antar rekening BPJS Kesehatan dibebankan kepada BPJS Kesehatan.
2. Tata Cara Pembayaran Tunggakan Iuran Secara Bertahap

Tata cara pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap dilaksanakan sebagai berikut:

 - a. Badan Usaha yang memenuhi persyaratan untuk mendapatkan kebijakan membayar Tunggakan Iuran secara bertahap mengajukan surat permohonan kebijakan untuk membayar Tunggakan Iuran secara bertahap ditujukan ke Kantor Cabang, dengan melampirkan:
 - 1). Surat Pernyataan Tidak Mampu Membayar Tunggakan Iuran Secara Sekaligus ditandatangani oleh pimpinan Badan Usaha dengan materai cukup.
 - 2). Fotokopi kartu identitas pimpinan Badan Usaha yang mengajukan permohonan kebijakan pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap.
 - 3). Fotokopi Laporan Keuangan atau catatan atas transaksi keuangan atau rekening Bank 3 bulan terakhir.
 - 4). Kesepakatan Pembayaran Tunggakan Iuran Secara Bertahap beserta jadwal pembayaran tahapan berdasarkan kesanggupan Badan Usaha yang disepakati oleh BPJS Kesehatan KC.
 - b. UKPF penagihan dan keuangan KC BPJS Kesehatan menyampaikan berita acara hasil kunjungan yang menyatakan bahwa Badan Usaha bersedia membayar tunggakan Iuran melalui mekanisme cicilan kepada UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta beserta berkas pengajuan permohonan kebijakan untuk membayar Tunggakan Iuran secara bertahap untuk dilakukan verifikasi guna persetujuan pemberian kebijakan pembayaran tunggakan Iuran secara bertahap.
 - c. Staf UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta melakukan verifikasi atas berkas serta kondisi Badan Usaha, mencatat hasilnya pada Formulir Verifikasi Berkas Pengajuan Pembayaran Tunggakan Iuran secara Bertahap, membubuhkan tanda tangan sebagai bentuk otorisasi atas hasil verifikasi, dan menyampaikan hasil verifikasi tersebut kepada pimpinan pada UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta untuk mendapatkan persetujuan lebih lanjut.

- d. Persetujuan atau disposisi ketidaksetujuan atas hasil verifikasi dituangkan ke dalam formulir verifikasi berkas pengajuan pembayaran tunggakan iuran secara bertahap dan ditandatangani oleh pimpinan UKPF perluasan, pengawasan, dan pemeriksaan peserta.
- e. Proses verifikasi yang dilaksanakan pada UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta dilaksanakan dalam waktu paling lama 5 hari kerja sejak berkas diterima untuk diverifikasi oleh Staf UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta sampai dengan ditandatangani oleh pimpinan UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta dan diserahkan kepada UKPF Penagihan dan Keuangan KC.
- f. Berdasarkan hasil verifikasi dari UKPF perluasan, pengawasan, dan pemeriksaan peserta, UKPF penagihan KC BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi berkas permohonan pembayaran tunggakan iuran secara bertahap, dengan prosedur sebagai berikut:
 - 1). Staf penagihan memeriksa catatan hasil verifikasi UKPF perluasan, pengawasan, dan pemeriksaan peserta.
 - 2). Dalam hal diperoleh persetujuan dari UKPF perluasan, pengawasan, dan pemeriksaan peserta, UKPF penagihan dan keuangan melakukan verifikasi berkas dengan memeriksa kelengkapan berkas dan kesesuaian persyaratan, kemudian mencatat hasil verifikasi pada Formulir Verifikasi Berkas Pengajuan Pembayaran Tunggakan Iuran Secara Bertahap;
 - 3). Staf penagihan meminta persetujuan atas permohonan pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap kepada pimpinan UKPF penagihan dan keuangan, kemudian kepada Kepala Cabang apabila berkas permohonan dinyatakan memenuhi syarat;
 - 4). Staf penagihan mengisi kolom pernyataan pengembalian berkas yang merupakan bagian dari Formulir Verifikasi Berkas Pengajuan Pembayaran Tunggakan Iuran Secara Bertahap, dan mengembalikan berkas yang tidak memenuhi syarat kepada Badan Usaha pada hari yang sama.
 - 5). KC melaporkan Badan Usaha yang disetujui untuk melakukan pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap dengan melampirkan berkas pengajuan dan Formulir Verifikasi Berkas Pengajuan

Pembayaran Tunggal iuran Secara Bertahap ke Kedeputan Wilayah paling lambat 3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima.

- g. Kedeputan Wilayah membuat rekapitulasi laporan Badan Usaha yang disetujui membayar Tunggal iuran secara bertahap dari KC, dan meneruskan ke Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran dalam waktu 1 (satu) hari kerja setelah laporan diterima (softcopy).
- h. UKPF Penagihan dan Keuangan membuat rekapitulasi Badan Usaha yang disetujui membayar tunggakan iuran secara bertahap yang diterima dari Kedeputan Wilayah.
- i. Mekanisme pembayaran tunggakan iuran secara bertahap dilaksanakan sebagai berikut:
 - 1). KC menyampaikan surat tagihan kepada Badan Usaha yang disetujui membayar iuran secara bertahap sesuai Kesepakatan Kesanggupan Membayar Tunggal iuran Jaminan Kesehatan Secara Bertahap;
 - 2). Badan Usaha yang disetujui membayar iuran secara bertahap melakukan penyetoran tahapan pembayaran iuran ke rekening yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan dengan disertai keterangan pada bukti transfer sebagai berikut:
 - a). identitas penyetor dan nama Badan Usaha,
 - b). nomor telepon penyetor, dan
 - c). nomor VAdan mengirimkan bukti setor bank ke KC BPJS Kesehatan setempat.
 - 3). Berdasarkan bukti setoran dari Badan Usaha, KC melakukan konfirmasi ke Kantor Pusat c.q. UKPF Treasury dan Investasi untuk memastikan penerimaan setoran tersebut.
 - 4). UKPF Treasury dan Investasi melakukan identifikasi di rekening penampung atas penerimaan dimaksud pada angka 3.
 - 5). UKPF Treasury dan Investasi mengirimkan hasil identifikasi berikut bukti setoran Badan Usaha kepada UKPF Akuntansi untuk pencatatan penerimaan dana titipan, dan memberikan jawaban konfirmasi kepada KC.
 - 6). Berdasarkan jawaban hasil konfirmasi dari UKPF Treasury dan Investasi, KC menyampaikan surat pemberitahuan penerimaan iuran dimaksud kepada Badan Usaha.

- j. Pada tahap pelunasan Tunggakan Iuran, KC mengajukan permohonan pemindahbukuan dana setoran tahapan Badan Usaha yang telah mencukupi untuk melunasi Tunggakan Iuran ke rekening VA atas nama Badan Usaha terkait ke Kedeputian Wilayah.
 - k. Kedeputian Wilayah membuat rekapitulasi permohonan pemindahbukuan dana dari KC dan menyampaikan permohonan tersebut ke Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran.
 - l. UKPF Manajemen Iuran membuat rekapitulasi permohonan pemindahbukuan dana dari Kedeputian Wilayah dan mengajukan Surat Perintah pemindahbukuan dana ke UKPF Treasury dan Investasi dari rekening penampung setoran tahapan ke rekening VA atas nama Badan Usaha terkait.
 - m. UKPF Treasury dan Investasi melakukan pemindahan dana sebagaimana surat perintah dari UKPF Manajemen Iuran, dari rekening penampungan ke rekening VA atas nama Badan Usaha terkait.
 - n. UKPF Treasury dan Investasi mengirimkan bukti pemindahan dana kepada UKPF Akuntansi, untuk pencatatan penerimaan iuran sesuai ketentuan.
 - o. Aktivasi status kepesertaan akan dilakukan setelah pemindahbukuan dana setoran tahapan iuran dipindahkan ke rekening VA atas nama Badan Usaha terkait.
3. Otomasi sistem Pembayaran Tunggakan Iuran secara Bertahap bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara
- a. Otomasi sistem pembayaran tunggakan Iuran secara bertahap bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara dilaksanakan dalam rangka perbaikan prosedur kerja, dengan tujuan memangkas waktu pengerjaan, mengurangi beban kerja pegawai, serta mengurangi beban operasional melalui pengurangan biaya administrasi *payroll* bank untuk pemindahan dana dan biaya administrasi tata persuratan dalam rangka pemindahan dana ke rekening VA Badan Usaha, dan menghilangkan jeda waktu untuk mencatat penerimaan tahapan pembayaran tunggakan Iuran sebagai penerimaan tunggakan Iuran tanpa harus melalui proses pencatatan sebagai dana titipan terlebih dahulu sebagaimana pada sistem pembayaran bertahap yang belum terotomasi.
 - b. Otomasi sistem Pembayaran Tunggakan Iuran secara bertahap bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara dilaksanakan dengan

mengubah sistem pembayaran tunggakan iuran bertahap bagi Pemberi Kerja yang sebelumnya lebih banyak menggunakan prosedur kerja yang dilaksanakan secara manual menjadi prosedur kerja yang lebih banyak menggunakan sistem.

c. Pembayaran tunggakan iuran secara bertahap bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara yang menggunakan otomasi sistem dilaksanakan dengan alur kerja sebagai berikut:

- 1). Pemberi Kerja menyampaikan pengajuan untuk mendapatkan kebijakan pembayaran tunggakan iuran secara bertahap kepada UKPF Penagihan dan Keuangan.
- 2). UKPF penagihan dan keuangan menyampaikan berkas pengajuan tersebut beserta Berita Acara hasil Kunjungan Penagihan yang menyatakan bahwa Pemberi Kerja tidak sanggup membayar tunggakan iuran sekaligus, namun bersedia membayar secara bertahap kepada UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta untuk dilakukan verifikasi awal.
- 3). UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta melakukan verifikasi, dan menyampaikan hasil verifikasinya dalam bentuk persetujuan/ketidaksetujuan kepada UKPF Penagihan dan Keuangan untuk ditindaklanjuti.
- 4). Dalam hal berdasarkan hasil verifikasi UKPF perluasan, pengawasan dan pemeriksaan peserta menyatakan bahwa Pemberi Kerja memenuhi syarat untuk diberikan kebijakan pembayaran tunggakan iuran secara bertahap, maka UKPF penagihan keuangan melakukan verifikasi atas kelengkapan berkas pengajuan permohonan kebijakan pembayaran bertahap, dan mengajukan persetujuan kepada Kepala Cabang.
- 5). Dalam hal Kepala Cabang menyetujui pemberian kebijakan tersebut, maka UKPF penagihan dan keuangan melakukan input data pada aplikasi yang digunakan untuk mendaftarkan Pemberi Kerja tersebut sebagai peserta dalam program pembayaran tunggakan iuran secara bertahap.
- 6). Pendaftaran Pemberi Kerja sebagaimana pada angka 5) memberikan akses kepada Pemberi Kerja untuk dapat membayar tunggakan iuran dengan jumlah sesuai kemampuannya secara langsung ke VA yang bersangkutan.

- 7). Selama Pemberi Kerja belum melunasi tunggakan iuran sampai dengan bulan berjalan, status kepesertaan tidak aktif, dan Pemberi Kerja bertanggung jawab untuk memberikan jaminan kesehatan pekerja dan anggota keluarga yang merupakan tanggungannya.
- 8). Status kepesertaan aktif kembali setelah Pemberi Kerja membayar lunas tagihan iuran sampai dengan bulan berjalan.

G. Pembayaran Tunggakan iuran Secara bertahap bagi Peserta PBP

1. Latar belakang

Dalam rangka memberikan keringanan bagi peserta JKN di tengah masa pandemi sebagai wujud perhatian dan kepedulian kepada masyarakat, khususnya segmen informal atau peserta PBP dan BP yang mendaftar secara mandiri, yang terdampak secara ekonomi dan finansial, maka perlu dipersiapkan alternatif solusi yang dapat memberikan kemudahan kepada peserta dalam menyelesaikan kewajiban membayar piutang iurannya.

Selain itu, berdasarkan data yang ada, bahwa peserta segmen PBP dan BP yang mendaftar secara mandiri dan memiliki tunggakan iuran 24 bulan adalah merupakan kelompok peserta menunggak paling besar, maka dengan adanya keringanan pembayaran tunggakan iuran ini diharapkan dapat meningkatkan peluang penerimaan iuran dan tingkat keaktifan peserta JKN sehingga tetap dapat mendapatkan jaminan akses layanan kesehatan.

2. Ketentuan Umum

- a. Pembayaran tunggakan iuran secara bertahap bagi peserta PBP dan BP yang mendaftar secara mandiri merupakan layanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta untuk dapat melakukan pembayaran atas tunggakan iuran yang dimilikinya dengan skema pembayaran bertahap, sesuai dengan kesanggupan peserta, dengan jangka waktu yang telah dipilih dan status kepesertaannya dapat diaktifkan setelah seluruh piutang dilunasi.
- b. Peserta yang dapat mengikuti program pembayaran tunggakan iuran secara bertahap ini adalah peserta PBP dan BP yang mendaftar secara mandiri dan/atau peserta yang telah pindah segmen namun masih memiliki tunggakan iuran sebagai peserta PBP dan BP yang mendaftar secara mandiri yang memiliki tunggakan iuran lebih dari 3 bulan;

- c. Peserta yang mengikuti program pembayaran tunggakan iuran secara bertahap melakukan pendaftaran melalui kanal-kanal pendaftaran yang tersedia;
 - d. Jangka waktu pembayaran tunggakan iuran secara bertahap paling lama 12 (dua belas) bulan;
 - e. Bagi peserta yang memiliki tunggakan sebanyak 24 (dua puluh empat) bulan maka pada saat melakukan pembayaran tunggakan secara bertahap sampai dengan jangka waktu cicilan berakhir, tunggakan tidak bertambah;
 - f. Bagi peserta yang memiliki tunggakan iuran belum mencapai 24 (dua puluh empat) bulan, maka proses penyelesaian tunggakan akan memperhitungkan potensi penambahan tunggakan yang terjadi selama proses cicilan dilakukan dengan total tunggakan paling banyak 24 (dua puluh empat) bulan;
3. Mekanisme Pembayaran iuran Secara bertahap bagi Peserta PBP:
- a. Pada proses pendaftaran, peserta menentukan jangka waktu penyelesaian tunggakan yang dipilih.
 - b. Untuk besaran tahapan pembayaran setiap bulannya, tidak boleh kurang dari besaran iuran untuk 2 (dua) bulan tunggakan serta sesuai dengan kemampuan peserta;
 - c. Peserta wajib mengisi surat pernyataan kesediaan untuk membayar tunggakan iuran melalui mekanisme cicilan dan status kepesertaan akan dapat aktif kembali apabila seluruh tagihan telah dilunasi, sesuai dengan kesepakatan yang telah disetujui sebelumnya. Surat pernyataan tersebut merupakan bentuk perikatan yang sah antara BPJS Kesehatan dan Peserta, sehingga harus dipastikan Peserta membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan yang berlaku;
 - d. Sistem BPJS Kesehatan akan mencatat skema cicilan yang disetujui oleh peserta dan tagihan yang akan muncul pada kanal pembayaran iuran adalah sebesar cicilan yang telah disepakati;
 - e. Dalam hal peserta tidak mematuhi masa pembayaran cicilan sesuai yang telah disepakati, maka besaran nominal cicilan akan secara otomatis terakumulasi pada tagihan bulan berikutnya;
 - f. Apabila sampai dengan akhir periode cicilan yang disepakati berakhir dan peserta tidak melakukan pembayaran cicilan tunggakan iuran, maka secara otomatis seluruh tagihan akan dimunculkan kembali;

- g. Seluruh pembayaran cicilan yang diterima dari peserta akan dicatat sebagai pengurang tunggakan iuran peserta.

H. Penagihan Tunggakan iuran melalui Telekolekting

Telecollecting merupakan salah satu metode penagihan yang difokuskan kepada peserta PBPU menunggak dengan menggunakan media telekomunikasi yaitu telepon, penagihan ini dapat dilaksanakan oleh pegawai tetap atau pegawai tidak tetap (PTT) BPJS Kesehatan dan/atau perusahaan penyedia jasa *telecollecting* yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pelaksanaan *telecollecting* harus mengedepankan reputasi baik BPJS Kesehatan, khusus bagi *telecollecting* yang dilakukan oleh perusahaan penyedia jasa *telecollecting* nomor telepon yang digunakan adalah nomor telepon resmi BPJS Kesehatan dan wajib membuat perjanjian kerahasiaan data guna menjaga keamanan data peserta.

1. Alur Pelaksanaan *Telecollecting*

- a. *Telecollecting* melalui pihak eksternal atau perusahaan penyedia jasa *telecollecting*.

Pelaksanaannya diatur sebagai berikut:

- 1). berdasarkan data peserta menunggak sesuai dengan kriteria, *Telecollector* menghubungi nomor telepon peserta yang dapat dihubungi;
- 2). jika peserta menunggak berhasil dihubungi maka *Telecollector* menginformasikan tunggakan dan berusaha untuk memperoleh tanggal yang disepakati untuk pembayaran tunggakan iuran (*promise to pay*) dan mendokumentasikan tanggal yang disepakati (*promise to pay*) tersebut;
- 3). jika peserta sebagaimana dimaksud pada huruf b belum membayar iuran tertunggak sampai dengan waktu yang disepakati maka *Telecollector* menghubungi kembali peserta yang menunggak tersebut 1 hari setelah tanggal yang disepakati untuk pembayaran tunggakan iuran (*promise to pay*) atau hari kerja berikutnya apabila jatuh pada hari libur;
- 4). jika peserta menunggak telah menyepakati tanggal pembayaran tunggakan sebanyak 3 (tiga) kali namun belum juga melakukan

pembayaran maka *Telecollector* menyerahkan data peserta menunggak tersebut ke atasan (*Supervisor*) untuk dievaluasi;

- 5). jika nomor telepon dapat dihubungi namun tidak dapat berkomunikasi dengan peserta menunggak maka *Telecollector* melakukan konfirmasi nomor telepon peserta menunggak yang dapat dihubungi, namun jika tidak memperoleh nomor telepon yang bisa dihubungi maka *Telecollector* menyerahkan data peserta menunggak tersebut ke atasan (*Supervisor*) untuk dievaluasi;
- 6). jika peserta tidak dapat dihubungi lebih dari 3 (tiga) kali maka *Telecollector* menyerahkan data peserta menunggak tersebut ke atasan (*Supervisor*) untuk dievaluasi; dan
- 7). proses evaluasi yang dilakukan sesuai dengan perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Pihak Ketiga.

Untuk monitoringnya diatur sebagai berikut:

- 1). Pihak eksternal harus menyampaikan laporan peserta yang telah di telepon dan peserta yang telah melakukan pembayaran setiap hari kerja; dan
- 2). setiap bulannya pihak eksternal bersama UKPF Manajemen Iuran melakukan evaluasi bulanan terkait pencapaian hasil *telecollecting* yang telah dilakukan.

b. *Telecollecting* secara internal oleh KC:

Telecollecting secara internal di KC dapat dilaksanakan oleh Pegawai Tetap atau Pegawai Tidak Tetap (PTT) Khusus.

1). Pegawai Tetap

Proses *telecollecting* yang dilakukan oleh Pegawai tetap yang bukan memiliki fungsi utama melakukan penagihan iuran maka prosesnya sebagai berikut:

- a). Proses penagihan melalui *telecollecting* yang dilakukan oleh Pegawai Tetap diluar fungsi penagihan iuran adalah bentuk keterlibatan dari masing-masing pegawai dalam rangka menjaga sustainabilitas finansial program JKN.
- b). Proses penagihan melalui *telecollecting* yang dilakukan oleh Pegawai Tetap diluar fungsi penagihan iuran dilaksanakan dengan persetujuan dari Pimpinan unit kerja (Kepala Cabang atau Deputi Direksi Wilayah);

- c). Proses penagihan iuran dilakukan menggunakan Aplikasi SIMANIS (Sistem penagihan iuran terintegrasi);
 - d). Kedeputan Wilayah atau Kantor Cabang dapat memberikan apresiasi dengan memperhatikan ketersediaan anggaran yang ada dan harus mendapatkan persetujuan dari Pimpinan unit kerja (Kepala Cabang atau Deputi Direksi Wilayah).
- 2). Pegawai Tidak Tetap Khusus
- Pelaksanaan *telecollecting* dengan menggunakan jasa Pegawai Tidak Tetap Khusus dilaksanakan berdasarkan analisa kecukupan SDM PTT Khusus.
- Mekanisme pemenuhan kebutuhan PTT Khusus dilakukan sebagai berikut:
- a). Fungsi SDM, Umum dan Komunikasi Publik bersama bidang penagihan dan keuangan melakukan perencanaan kebutuhan SDM;
 - b). Fungsi SDM, Umum dan Komunikasi Publik melakukan proses rekrutmen sesuai ketentuan dari Kantor Pusat;
 - c). Fungsi SDM, Umum dan Komunikasi Publik bersama dengan seluruh bidang terkait melakukan pelatihan tentang BPJS Kesehatan dan tata cara pelaksanaan *Telecollecting*;
 - d). Fungsi SDM, Umum, dan Komunikasi Publik menyiapkan ruangan beserta sarana dan prasarana yang di butuhkan untuk melakukan *telecollecting* sesuai dengan rasio jumlah *telecollector* yang ada di Kantor Cabang dengan detail sebagai berikut:
 - (1). meja dan kursi (memanfaatkan sarana yang ada);
 - (2). handphone dan pulsa perbulan untuk masing-masing telepon sesuai dengan anggaran yang ditetapkan; dan
 - (3). headset untuk memudahkan melakukan telepon (bila diperlukan).
 - e). Setiap PTT Khusus diberikan target penerimaan iuran sebesar Rp130.000.000,00 (seratus tiga puluh juta rupiah) per bulan.
 - f). Besaran target akan dievaluasi setiap tahunnya dan dapat dilakukan perubahan sesuai dengan kondisi yang ada melalui Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan.

2. Teknis pelaksanaan *telecollecting* dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:
- a. Setiap *telecollector* dalam melakukan proses penagihan iuran harus menggunakan perangkat yang telah ditetapkan oleh Kantor Pusat yaitu Aplikasi SIMANIS.
 - b. Telecollector melakukan proses pemetaan data peserta yang akan ditelepon melalui Aplikasi SIMANIS;
 - c. Proses pemetaan dapat dilakukan secara bertahap setiap harinya dan dapat juga dilakukan secara sekaligus untuk satu bulan penagihan.
 - d. Telecollector melakukan pengecekan data peserta menunggu pada Aplikasi SIMANIS.
 - e. Telecollector menghubungi peserta menggunakan data yang tersedia pada Aplikasi SIMANIS, jika peserta menunggu berhasil dihubungi maka Telecollector menginformasikan tunggakan dan berusaha untuk memperoleh tanggal yang disepakati untuk pembayaran tunggakan (*promise to pay*) dan mendokumentasikan tanggal yang disepakati (*promise to pay*) tersebut dengan naskah percakapan (dapat menggunakan bahasa daerah) sebagaimana berikut:
 - menyampaikan salam cuaca (selamat pagi/siang/malam);
 - pastikan orang yang mengangkat telepon sesuai dengan data: “Apakah benar saat ini saya sedang berbicara dengan Bapak/Ibu.....?”
 - perkenalkan diri (Saya dari BPJS Kesehatan Cabang)
 - mohon ijin berbicara kepada peserta: “mohon ijin waktunya sebentar”
 - jelaskan kepada peserta mengenai tunggakan iurannya “Berdasarkan data kami Bapak/Ibu..... tercatat memiliki tunggakan iuran yang belum dibayarkan sebesar Rp.....
 - konfirmasi tanggal pembayaran: “mohon ijin Bapak/Ibu kami mau mengkonfirmasi kapan Bapak/Ibu dapat melakukan pembayaran tunggakan iuran tersebut.”
 - apabila mendapatkan tanggal janji bayar: “terima kasih atas waktu yang telah diberikan kami mohon ijin akan melakukan menelepon kembali apabila pada tanggal XX (sebutkan tanggal yang dijanjikan) apabila pembayaran belum dilakukan.
 - apabila tidak mendapatkan tanggal janji bayar: “Kami mengerti kesulitan Bapak/Ibu, tetapi pembayaran ini demi kepentingan Bapak/Ibu sendiri karena apabila tagihannya tidak dibayarkan maka tunggakan akan

semakin besar dan apabila Bapak/Ibu ingin menikmati layanan tidak dapat dilakukan sebelum tunggakan dibayarkan dan akan dikenakan denda yang cukup besar yaitu 5% di kali jumlah bulan menunggak di kali biaya rawat inap dengan maksimal Rp30.000.000,00 (tiga puluh Juta rupiah) oleh karena itu kami menyarankan Bapak/Ibu untuk dapat membayarkan tunggakan iuran yang Bapak/Ibu miliki agar terhindar dari penghentian layanan dan denda.”

- tawarkan solusi: “Bapak/Ibu, sebagai solusi dari kesulitan Bapak/Ibu dalam melunasi tunggakan iuran yang Bapak/Ibu miliki kami ingin menawarkan beberapa program yang telah kami miliki (jelaskan program menabung sehat/cicilan/bayar suka-suka dan program lainnya yang sedang berlangsung).
- apabila peserta bersedia mengikuti Program: “mohon ijin Bapak/Ibu kami ingin mengkonfirmasi kembali data alamat dan no HP Bapak/Ibu agar petugas kami dapat membantu Bapak/Ibu mendaftarkan diri di program kami”. Apabila sudah mendapatkan, petugas mencatat detail data yang disampaikan. Dan menutup telepon dengan: “terima kasih atas kesedian waktu Bapak/Ibu, terima kasih selamat pagi/siang/malam.”
- Apabila peserta tidak bersedia mengikuti program: “terima kasih atas waktu yang telah bapak/ibu berikan kami informasikan kembali bahwa pembayaran tunggakan ini demi kebaikan Bapak/Ibu agar terhindar dari penonaktifan kepesertaan dan denda layanan. Terima kasih semoga Bapak/Ibu sekalian selalu sehat.”
- usahakan semaksimal mungkin untuk mendapatkan tanggal janji bayar dengan cara menawarkan menelepon kembali pada tanggal selanjutnya;
- *Telecollector* melakukan pencatatan hasil telepon yang telah dilakukan pada Aplikasi SIMANIS;
- jika peserta menunggak tidak berhasil dihubungi sebanyak 3 (tiga) kali maka Staf dapat mengirimkan informasi tagihan melalui *WhatsApp* atau SMS dan mendokumentasikan peserta yang tidak dapat dihubungi.
- jika peserta yang telah berjanji untuk melakukan pembayaran iuran namun belum membayar iuran tertunggak sampai dengan waktu yang

disepakati maka staf menghubungi kembali peserta yang menunggak tersebut H+1 hari setelah *promise to pay*;

- jika peserta menunggak telah menyepakati tanggal pembayaran tunggakan (*promise to pay*) sebanyak 3 (tiga) kali namun belum juga melakukan pembayaran maka *Telecollector* menyerahkan data peserta menunggak tersebut ke Kabid Penagihan dan Keuangan untuk selanjutnya dikunjungi oleh Kader JKN atau Staf Penagihan Kantor Cabang;
- jika nomor telepon dapat dihubungi namun tidak dapat berkomunikasi dengan peserta menunggak atau salah sambung maka *Telecollector* melakukan konfirmasi nomor telepon lain milik peserta menunggak yang dapat dihubungi, namun jika tidak memperoleh nomor telepon yang bisa dihubungi maka *Telecollector* mencatat data tersebut sebagai data salah sambung.

- f. Naskah percakapan sebagaimana poin (5) diatas akan dievaluasi setiap tahunnya dan dapat dilakukan perubahan sesuai dengan kondisi yang ada melalui Surat Edaran Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan

3. Untuk memastikan proses *telecollecting* berjalan sesuai dengan yang direncanakan, dilakukan monitoring dengan langkah sebagai berikut:

- a. *Telecollector* setiap hari melakukan monitoring pencapaian peserta yang berhasil dihubungi, peserta yang menyepakati tanggal pembayaran tunggakan (*promise to pay*), Peserta yang salah sambung, Peserta yang tidak dapat dihubungi atau nomor telepon tidak valid, Peserta yang tidak bersedia membayar iuran pada Aplikasi SIMANIS;
- b. Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan melakukan monitoring capaian atas masing-masing petugas telekolekting baik pegawai tetap maupun pegawai tidak tetap;
- c. Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan wajib melakukan pembinaan melalui coaching dan counselling kepada setiap Pegawai Tidak Tetap untuk memastikan tercapainya target yang telah ditetapkan;
- d. Setiap bulan UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan umpan balik dalam bentuk surat resmi terkait data peserta menunggak yang nomor teleponya tidak valid dan salah sambung kepada UKPF Kepesertaan untuk selanjutnya dapat dilakukan proses perbaikan data oleh UKPF Kepesertaan;

- e. Staf penagihan melaporkan rekapitulasi hasil *telecollecting* kepada masing-masing Kedeputan Wilayah;
- f. Kedeputan Wilayah melakukan evaluasi dan mengirimkan umpan balik kepada masing-masing KC berdasarkan hasil capaian *telecollecting* setiap bulan, bagi KC dengan capaian terendah selama 3 (tiga) bulan berturut-turut, maka Kedeputan Wilayah wajib melakukan pembinaan langsung ke KC tersebut; dan
- g. Kedeputan Wilayah menyampaikan hasil evaluasi *telecollecting* yang dilakukan oleh KC kepada UKPF Manajemen Iuran setiap bulannya.

I. Penagihan Tunggakan Iuran melalui Upaya Kader JKN

Dalam rangka meningkatkan kolektabilitas Iuran Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan mengimplementasikan program Kader Jaminan Kesehatan Nasional, yang biasa disebut Kader JKN, dengan merekrut individu-individu terbaik sebagai mitra BPJS Kesehatan, yang mewakili BPJS Kesehatan untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan aktivitas, yang meliputi sosialisasi, edukasi, pengingat dan membantu pembayaran iuran di suatu wilayah tertentu.

Peserta yang dibina oleh Kader JKN adalah masyarakat desa yang sudah menjadi peserta PBP dengan kriteria menunggak tertentu. Kader JKN mendapatkan daftar peserta binaan terkini setiap akhir bulan sebagai dasar pelaksanaan kegiatan bulan berikutnya. Jumlah peserta binaan per Kader dibatasi paling banyak ± 500 Kartu Keluarga (KK) atau sebanding dengan 1.500 jiwa/kader Kader untuk memastikan Kader dapat membina secara baik dan intensif.

Proses penagihan tunggakan Iuran melalui Kader JKN dilaksanakan sebagai berikut:

1. Kader melakukan kunjungan ke rumah peserta binaan dengan membawa surat tagihan dan/atau informasi data tagihan dalam bentuk aplikasi;
2. Kader menyampaikan informasi tunggakan Iuran dan kewajiban pembayaran Iuran bulan berjalan kepada peserta binaan baik secara langsung maupun melalui media komunikasi lainnya, dengan bahasa yang baik dan santun;
3. Kader melakukan edukasi pembayaran tunggakan Iuran kepada peserta binaan;
4. Kader menawarkan pembayaran tunggakan Iuran beserta Iuran di muka sekaligus maksimal 24 (dua puluh empat) bulan;

5. Kader membantu melakukan pembayaran tunggakan iuran ke rekening *Virtual Account* peserta melalui Aplikasi PPOB, dalam kapasitas Kader sebagai sebagai Agen PPOB;
6. Atas pembayaran tunggakan iuran melalui Kader sebagai Agen PPOB, Kader wajib memberikan bukti pembayaran kepada Peserta dalam bentuk:
 - a. struk luaran dari mesin EDC;
 - b. *print out* pembayaran dari aplikasi PPOB; atau
 - c. SMS notifikasi ke nomor *handphone* peserta, sesuai ketentuan yang berlaku sebagai Agen PPOB.
7. Skema pengakuan kunjungan yang dilakukan wajib menyertakan laporan dan dilengkapi bukti yang kuat, selain tanda tangan wakil keluarga binaan, dapat melalui dokumentasi kunjungan dan/atau dokumentasi lainnya (tangkapan layar/*screenshoot*) sebagai bukti edukasi kepada peserta binaan melalui media komunikasi; dan
8. Kader membuat rekapitulasi data kunjungan dan pelaporan setiap bulan atas kunjungan peserta binaan Kader JKN yang sudah dilakukan sosialisasi/kunjungan dan melakukan pembayaran iuran.

J. Penggalangan Dana Pihak Ketiga Untuk Pembayaran Tunggakan Iuran PBPU Dan BP

Pasal 28 ayat (4) menyatakan bahwa iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta.

Atas dasar pernyataan tersebut, dalam rangka mencapai target tingkat keaktifan Peserta PBPU dan BP, dan meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap kualitas hidup masyarakat melalui program jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan menyelenggarakan program penggalangan dana dari Pihak Ketiga, baik perorangan maupun instansi/mitra Badan Usaha untuk membantu dalam pembayaran tunggakan iuran Peserta PBPU dan BP yang menunggak dan kesulitan untuk melunasi tunggakan iuran sampai bulan berjalan.

BAB XII

IMPLEMENTASI PROGRAM KADER JKN-KIS

Dalam rangka meningkatkan kolektabilitas tunggakan iuran peserta PBPU, maka BPJS Kesehatan melaksanakan program kemitraan bersama Kader JKN-KIS sejak tahun 2017.

Asas penyelenggaraan program Kader JKN-KIS adalah:

1. Responsif

Kader JKN-KIS diharapkan mampu mengedukasi, mengingatkan dan membantu mengumpulkan iuran, mampu memberikan informasi serta menerima keluhan sesuai dengan mekanisme yang telah ditetapkan.

2. Partisipatif

Implementasi program ini melibatkan semua pemangku kepentingan terkait.

3. Akuntabel

Proses sosialisasi dan kunjungan yang dilakukan kepada peserta binaan dapat dipertanggungjawabkan kepada BPJS Kesehatan, masyarakat dan peserta binaannya.

4. Berkelanjutan

Program Kader JKN-KIS ini dilaksanakan secara kontinyu dan berkesinambungan.

A. Pengertian Umum

Kader JKN-KIS adalah individu yang bekerjasama sebagai mitra BPJS Kesehatan berdasarkan hubungan kemitraan yang menjalankan sebagian fungsi BPJS Kesehatan dalam suatu wilayah tertentu, yaitu: (1) Fungsi Edukasi dan Peningkat Iuran; (2) Fungsi Sosialisasi dan Edukasi; (3) Pemberi informasi, menerima keluhan dan pendampingan. Kader berasal dari masyarakat, tumbuh dan berkembang di lingkungan wilayah tersebut.

Desa/kelurahan adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintah Negara Republik Indonesia.

Peserta yang akan dibina oleh Kader adalah masyarakat desa yang sudah menjadi peserta PBPU dan memiliki tunggakan iuran, yang selanjutnya disebut dengan Peserta Binaan Kader JKN.

B. Hubungan dan Koordinasi

Pentingnya hubungan dan koordinasi antara BPJS Kesehatan, Kader JKN-KIS dan pemangku kepentingan terkait, bertujuan untuk :

1. Hubungan dan koordinasi Kantor Pusat, Kedeputan Wilayah dan Kantor Cabang yaitu terlaksananya implementasi program Kader JKN-KIS dengan baik.
2. Hubungan dan koordinasi KC dengan Pemerintah Daerah yaitu Pemerintah Daerah dan pemangku kepentingan terkait mengetahui, memahami dan mendukung program Kader JKN-KIS.
3. Hubungan dan koordinasi KC dengan Kader JKN-KIS:
 - a. Kader JKN-KIS mengetahui, memahami dan mampu menjelaskan program JKN dan BPJS Kesehatan kepada masyarakat di desa termasuk hak dan kewajiban Kader JKN-KIS.
 - b. Kader JKN-KIS mampu melaksanakan program Kader JKN-KIS.
4. Hubungan dan koordinasi Kader JKN-KIS dan pemangku kepentingan terkait (Aparat desa/Kelurahan, TOGA/TOMA, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Desa) yaitu Pemangku kepentingan desa terkait mengetahui, memahami dan mendukung program Kader JKN-KIS

1. Hubungan dan koordinasi Kantor Pusat, Kedeputan Wilayah dan KC

No	Kantor Pusat	Kedeputan Wilayah	Kantor Cabang
1	Tersedianya kriteria dan pemetaan daerah implementasi program Kader JKN-KIS		
	Menyampaikan indikator desa dengan jumlah peserta PBPU & tunggakan iuran PBPU tertinggi	a. Merekomendasikan Kantor Cabang dalam menentukan kab/kota yang menjadi target implementasi program berdasarkan jumlah peserta PBPU & tunggakan iuran PBPU tertinggi b. Melakukan pemetaan/mapping jumlah Kader se-wilayah kerjanya	a. Memilih & menetapkan desa yang menjadi target implementasi program berdasarkan jumlah peserta PBPU & tunggakan iuran tertinggi b. Berkoordinasi dengan aparat desa/kelurahan untuk merekomendasikan calon kader JKN-KIS
	PIC: UKPF MIUR	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC: UKPF Penagihan & Keuangan
2	Terlaksananya peran dan fungsi Kader JKN-KIS sesuai ketentuan yang berlaku.		

	Menetapkan deskripsi tupoksi Kader yang jelas dalam pedoman	Mempelajari dengan benar tupoksi Kader secara jelas dalam pedoman	Mempelajari dengan benar tupoksi Kader secara jelas dalam pedoman
	PIC: UKPF Penagihan dan Keuangan	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC: Ka Cab & UKPF Penagihan & Keuangan
3	Terlaksananya kegiatan sosialisasi program JKN-KIS yang dikelola BPJS Kesehatan		
	Menyiapkan materi sosialisasi program	Memastikan adanya materi sosialisasi program	Melaksanakan pembekalan kepada kader JKN dan menyampaikan alat bantu sosialisasi serta kelengkapannya
	PIC: UKPF Penagihan dan Keuangan	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC: UKPF Penagihan & Keuangan (berkoordinasi dengan UKPF terkait)
4	Terkumpulnya iuran peserta secara rutin untuk menjamin proteksi layanan kesehatan peserta		
	a. Menetapkan mekanisme Kader dalam meningkatkan kesadaran bayar iuran. b. Menetapkan kewenangan kader dalam membantu pembayaran tunggakan iuran c. Menetapkan mekanisme penilaian kinerja Kader	a. Memastikan terlaksananya kegiatan pembekalan kepada Kader JKN-KIS b. Melakukan analisa & penilaian atas kinerja Kader secara periodik	a. Melaksanakan pembekalan (sosialisasi & edukasi) kepada kader untuk mengoptimalkan peran & fungsinya dalam meningkatkan kesadaran pembayaran iuran kepada peserta b. Melakukan penilaian & pelaporan atas kinerja Kader secara periodik
	PIC: UKPF Penagihan dan Keuangan	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC: UKPF Penagihan & Keuangan
5	Tersedianya data pembayaran peserta data PBPB menunggak		
	Menyediakan data pembayaran peserta data PBPB	Menyampaikan data peserta PBPB menunggak kepada kantor cabang dari kantor pusat	Menyampaikan data peserta PBPB menunggak kepada kader SLA 3 hari dan membayar imbal jasa SLA (paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya)
	PIC: UKPF MIUR	PIC : UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC : UKPF Keuangan
6	Tersedianya laporan progres implementasi program Kader JKN-KIS		
	Melakukan evaluasi atas kinerja Kader	Melakukan evaluasi atas kinerja Kader secara periodik	Menyampaikan laporan & evaluasi kinerja per Kader
	PIC: UKPF Penagihan dan Keuangan	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC: UKPF Penagihan & Keuangan
7	Terlaksananya Kebijakan Implementasi Program Kader JKN-KIS		
	Pengembangan kebijakan: a. Membuat juknis implementasi program Kader JKN-KIS b. Membuat buku saku bagi Kader JKN-KIS	a. Melaksanakan pengawasan rekrutmen Kader JKN-KIS b. Melaksanakan pengadaan aparatus bagi Kader JKN-KIS	a. Pengadaan & distribusi media sosialisasi aparatus Kader JKN-KIS b. Melaksanakan rekrutmen Kader JKN-KIS c. Pengumpulan Iuran

	c. Membuat desain media sosialisasi d. Menetapkan standar naskah kontrak KaderJKN-KIS	c. Melaporkan aktivitas kader JKN-KIS dan wilayah binaan dari tiap Kantor Cabang di wilayahnya.	d. Pelaporan penerimaan kader dan wilayah binaan
	PIC : UKPF MIUR (berkoordinasi dengan UKPF terkait)	PIC : UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan dan UKPF Pengelolaan Kinerja KC	PIC : UKPF SDM & Umum, UKPF Penagihan & Keuangan
8	Terlaksananya Pengalokasian Anggaran Program		
	Menetapkan dan mengalokasikan anggaran biaya program	Melaksanakan program yang telah ditetapkan, disesuaikan dengan rencana kerja dan anggaran	Melaksanakan program yang telah ditetapkan, disesuaikan dengan rencana kerja dan anggaran
	PIC : UKPF Penagihan dan Keuangan	PIC : UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC: UKPF Penagihan & Keuangan
9	Terinformasikannya program Kader JKN-KIS		
	Melakukan sosialisasi dengan pemangku kepentingan terkait mengenai program kader JKN-KIS	Melakukan sosialisasi dengan Pemerintah Provinsi	Melakukan sosialisasi dengan Pemerintah Kota/Kabupaten
	PIC : UKPF MIUR	PIC: Deputi Direksi Wilayah	PIC : Kepala Cabang
10	Terlaksananya kegiatan monitoring dan evaluasi Program		
	• Monitoring dan Evaluasi program Kader JKN-KIS (organisasi) melalui aplikasi.	• Menyediakan pelaporan program Kader JKN-KIS • Monitoring dan evaluasi pencapaian kinerja program Kader JKN secara periodic	• Menyediakan pelaporan program Kader JKN-KIS • Monitoring dan evaluasi pencapaian kinerja Kader JKN-KIS secara periodik
	PIC : UKPF MIUR	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC : UKPF Penagihan & Keuangan
11	Terselesaikannya penyempurnaan kebijakan Program JKN		
	Penyempurnaan kebijakan Program Kader JKN-KIS	Menyampaikan usulan pengembangan program Kader JKN-KIS	Menyampaikan usulan pengembangan program Kader JKN-KIS
	PIC : UKPF MIUR	PIC: Deputi Direksi Wilayah	PIC: Kepala Cabang
12	Tersedianya support data dan jumlah tunggakan iuran		
	Support data peserta dan jumlah tunggakan iuran	a. Menyediakan pelaporan program Kader JKN b. Monitoring dan evaluasi pencapaian kinerja program Kader JKN-KIS	a. Menyediakan pelaporan program Kader JKN b. Monitoring dan evaluasi pencapaian kinerja program Kader JKN-KIS
	PIC : UKPF MIUR	PIC: UKPF Perencanaan, Iuran & Keuangan	PIC : UKPF Penagihan & Keuangan

2. Hubungan dan koordinasi KC dengan Pemerintah Daerah

No	Kantor Cabang	Pemerintah Daerah
1	Terkoordinasinya pelaksanaan implementasi Kader JKN dengan Pemda	
	Berkoordinasi dengan Pemda terkait implementasi program Kader JKN	Mendukung pelaksanaan program Kader JKN
	PIC : Kepala Cabang	
2	Terlaksananya sosialisasi dan advokasi dengan Pemerintah Daerah	
	Melaksanakan sosialisasi, advokasi kepada Pemerintah Daerah	Hadir dan terlibat dalam kegiatan sosialisasi dan advokasi
	PIC : Kepala Cabang	
3	Tersedianya rekomendasi calon Kader JKN-KIS	
	Menyampaikan permohonan masukan/rekomendasi calon Kader JKN	Memberikan rekomendasi/usulan calon Kader JKN
	PIC: Kepala Cabang	

3. Hubungan dan koordinasi KC dengan Kader JKN-KIS

No	Kantor Cabang	Kader JKN-KIS
1	Terlaksananya standar kriteria program Kader JKN-KIS	
	a. Melaksanakan standar kriteria implementasi program Kader sesuai yang telah ditetapkan oleh Kantor Pusat b. Melaksanakan perekrutan Kader JKN-KIS sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan	a. Menjalankan tugas & fungsinya berkoordinasi dengan Kantor Cabang
	PIC : Kepala Cabang & UKPF SDM, Umum	
2	Terlaksananya pembekalan kepada Kader JKN-KIS	
	Melaksanakan kegiatan pembekalan secara terstruktur, sistematis dan <i>timely</i>	Mengikuti pembekalan secara optimal
	PIC : UKPF Penagihan & Keuangan	
3	Terpilihnya PIC Program dan Koordinator Kader JKN-KIS	
	• Menunjuk PIC Program Kader Kantor Cabang • Menunjuk 1 koordinator sebagai supervisor Kader	Melakukan koordinasi dengan supervisi yang dipilih oleh Kantor Cabang
	PIC: Kepala Cabang & UKPF Penagihan & Keuangan	
4	Tersusun dan tersampainya Surat Keputusan dan Pakta Integritas Kader JKN-KIS	
	a. Penyusunan dan pembaharuan kontrak dan pakta integritas Kader JKN-KIS b. Menyampaikan Surat Tugas Kader JKN-KIS	a. Menandatangani kontrak kemitraan dan pakta integritas Kader JKN-KIS b. Melaksanakan penugasan berdasarkan Surat Tugas

	PIC : UKPF SDM,Umum & Komlik & UKPF PK	
5	Terdistribusikan media sosialisasi dan aparatus Kader JKN-KIS	
	a. Mendistribusikan media sosialisasi dan aparatus kepada Kader JKN-KIS	b. Menerima media sosialisasi untuk didistribusikan ke kelurahan dan peserta binaan c. Membawa dan menggunakan aparatus saat menjalankan tugas dan fungsinya di lapangan
	PIC : UKPF SDM & Umum	
6	Terselenggaranya sosialisasi program JKN dan BPJS Kesehatan	
	Melakukan sosialisasi program JKN dan BPJS Kesehatan	Mengikuti kegiatan sosialisasi/diklat program JKN dan BPJS Kesehatan
	PIC : Kepala Cabang & UKPF di Kantor Cabang	
7	Terlaksananya evaluasi kinerja Kader JKN	
	Mengevaluasi kinerja Kader JKN-KIS berdasarkan indikator yang sudah ditetapkan	Proaktif dalam menjalankan tugas dan peran sebagai Kader JKN-KIS
	PIC : Kepala Cabang & UKPF Penagihan & Keuangan	
8	Tersusunnya umpan balik kinerja kader JKN	
	Menyampaikan umpan balik kinerja Kader JKN-KIS secara periodik	Menerima umpan balik hasil kinerja periodik, dan menerima masukan dari Kantor Cabang untuk perbaikan kinerja
	PIC : UKPF UKPF Penagihan & Keuangan & PIC Program KC	
9	Terlaksananya pendampingan Kader JKN-KIS	
	Memberikan pendampingan kepada Kader JKN-KIS (bila dibutuhkan)	Menginventarisir dan mengusulkan kegiatan sosialisasi yang membutuhkan pendampingan dari Kantor Cabang
	PIC : Kepala Cabang & UKPF Penagihan & Keuangan	
10	Tersusunnya laporan kader JKN-KIS	
	Menerima laporan Kader JKN	Menyampaikan laporan hasil edukasi & sosialisasi kepada peserta binaan secara berkala sesuai dengan format yang ditentukan
	PIC : PIC Program Kantor Cabang	
11	Terselesaikannya permasalahan operasional Kader JKN-KIS	
	Penanganan permasalahan Kader JKN dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya	Menyampaikan kendala-kendala operasional yang dihadapi dan alternatif solusinya
	PIC : Kepala Cabang & UKPF di Kantor Cabang	
12	Terselesaikannya keluhan Peserta yang disampaikan melalui Kader JKN-KIS	
	Penanganan keluhan peserta yang tidak dapat diselesaikan oleh Kader JKN	Menyampaikan kembali tindak lanjut penyelesaian keluhan kepada peserta binaannya.

	(dapat dilakukan melalui grup media komunikasi yang ada, dengan melibatkan UKPF terkait)	
	PIC: PIC Program KC (berkoordinasi dengan UKPF terkait)	
13	Terealisasinya pembayaran imbal jasa kepada Kader JKN-KIS	
	Perhitungan dan pembayaran imbal jasa Kader JKN	Menerima imbal jasa sesuai dengan pencapaian kinerjanya setiap bulan
	PIC : UKPF Penagihan & Keuangan	
14	Terlaksananya kode etik Kader JKN-KIS	
	Sosialisasi kode etik Kader secara kontinyu	Melaksanakan kode etik Kader JKN-KIS
	PIC: Kepala Cabang	

4. Hubungan dan koordinasi Kader JKN-KIS dan pemangku kepentingan terkait
(Aparat desa/Kelurahan, TOGA/TOMA, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

No	Kader JKN-KIS	Pemangku Kepentingan Terkait di tingkat Desa/Kelurahan
1	Melapor dan memperkenalkan diri dengan menunjukkan Surat Tugas dari BPJS Kesehatan dan menggunakan atribut/aparatus resmi Kader JKN-KIS	Menerima keberadaan Kader JKN-KIS
2	Mendistribusikan media sosialisasi program JKN	Menerima dan menempatkan media sosialisasi di tempat yang umum/mudah dibaca
3	Menerima usulan <i>contact person</i> (PIC) pemangku kepentingan terkait tingkat desa.	Menyampaikan usulan <i>contact person</i> (PIC) yang dilibatkan dalam implementasi program Kader JKN-KIS
4	Melaksanakan sosialisasi, advokasi kepada <i>contact person</i> (PIC) pemangku kepentingan terkait tingkat desa yang telah ditentukan	Hadir dan terlibat dalam kegiatan sosialisasi dan advokasi
5	Berkoordinasi dengan <i>contact person</i> (PIC) pemangku kepentingan tingkat desa terkait implementasi program Kader JKN-KIS	Berkoordinasi dengan Kader JKN-KIS

C. Pemetaan Desa dan Peserta Binaan

Penetapan alokasi atau jumlah Kader per Kedeputan Wilayah harus berdasarkan persetujuan Kantor Pusat, sedangkan kriteria pemilihan KC dan alokasi/jumlah Kader per KC sepenuhnya dihitung dan ditetapkan oleh Kedeputan Wilayah, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Besaran tunggakan iuran PBPU per KC;
2. letak wilayah geografis;
3. pemilihan wilayah desa harus mempertimbangkan ketersediaan dan keterjangkauan saluran/kanal pembayaran iuran; dan
4. untuk Pemerintah Daerah yang telah melaksanakan cakupan semesta sehingga sebagian besar masyarakatnya telah terlindungi program JKN dan iurannya dibayarkan oleh Pemerintah (pemerintah Pusat maupun pemerintah Daerah), **tidak** menjadi prioritas.

Penentuan desa binaan harus berdasarkan pertimbangan tersebut di atas dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Kepala Cabang.

Kader akan mendapatkan daftar peserta binaan di wilayah binaannya berdasarkan hasil pemetaan KC. Jumlah peserta binaan per Kader JKN-KIS kurang lebih 500 KK/kader atau sebanding dengan 1.500 jiwa/kader, dan Kantor Cabang dapat melakukan penyesuaian kondisi optimal peserta di sekitar wilayah binaan Kader untuk memastikan Kader dapat membina secara baik dan rutin.

Kuota peserta binaan Kader JKN-KIS dapat dilakukan penyesuaian menjadi lebih dari 500 KK, pada kondisi dan ketentuan sebagai berikut:

1. Untuk tujuan efisiensi dan efektivitas, apabila jumlah PBPU menunggak dengan umur tunggakan optimal mencapai lebih dari 500 KK pada 1 (satu) lokasi binaan dan tidak tersedia jaringan/kanal pembayaran yang memadai;
2. apabila jumlah PBPU menunggak dengan umur tunggakan optimal di lokasi binaan Kader tidak mencapai 500 KK, maka pemetaan/*mapping* peserta binaan dapat diperluas ke daerah desa/kelurahan/kecamatan yang berdekatan lainnya, dengan tetap mempertimbangkan akses antar lokasi satu dengan yang lain;
3. data alamat peserta binaan tidak lengkap atau tidak ditemukan, misalnya daerah yang mengalami relokasi/pemekaran/penggeseran yang masih terbaca dalam sistem, namun setelah dilakukan kunjungan/upaya penagihan oleh Kader, alamat tersebut tidak ada/tidak ditemukan, maka dapat ditambahkan dengan data peserta menunggak lainnya;
4. kader berkinerja baik dan sangat aktif, sehingga dapat melakukan pembinaan ke seluruh peserta binaannya; atau
5. jumlah Kader terdaftar sedikit, sedangkan daerah dengan kantung tunggakan PBPU lebih banyak.

Dalam melakukan pemetaan/*mapping* data peserta binaan Kader, KC

harus:

1. memperhatikan beban kerja Kader dan PIC program KC;
2. memastikan wilayah binaan Kader tidak saling beririsan dengan Kader lainnya;
3. membina serta meminimalisir munculnya masalah yang dapat menimbulkan kecemburuan antar Kader; dan
4. memastikan data *mapping* peserta binaan Kader terpisah dengan data peserta binaan telekolektif atau program keagenan lainnya, sehingga tidak terjadi ***overlapping*** peserta sasaran dan pembayaran imbal jasa terhadap Kader.

D. Penerimaan dan Pelatihan Kader JKN-KIS

Untuk memastikan terlaksananya implementasi program Kader JKN-KIS sesuai dengan rancangan dan tujuan yang ingin dicapai, perlu dilakukan proses rekrutmen dan seleksi calon Kader JKN-KIS. Proses penerimaan dan seleksi dilakukan untuk memilih kader yang memiliki kemampuan untuk mengedukasi, memberikan informasi/sosialisasi/edukasi, mampu berkomunikasi dengan baik serta mempunyai integritas yang tinggi dalam menjalankan tugasnya. Adapun persyaratan menjadi seorang Kader JKN-KIS adalah:

1. Persyaratan Pokok:
 - a. Penduduk desa setempat atau tetangga desa;
 - b. diutamakan memiliki pengalaman dalam organisasi kemasyarakatan atau keagamaan;
 - c. pendidikan minimal SLTA atau sederajat;
 - d. berusia minimal 18 tahun dan maksimal 60 tahun;
 - e. Surat Keterangan Catatan Kepolisian (SKCK) dari Kantor Polisi setempat;
 - f. Surat Keterangan Sehat dari Dokter/Puskesmas;
 - g. memiliki kemampuan yang cakap dan gigih;
 - h. memiliki ketrampilan berkomunikasi yang baik;
 - i. sudah terdaftar menjadi peserta JKN-KIS;
 - j. bersedia melakukan kunjungan ke rumah-rumah;
 - k. mengisi dan menandatangani Surat Keterangan Kesediaan Menjadi Kader JKN-KIS sebagai mitra BPJS Kesehatan, sesuai dengan format Surat Keterangan Kebersediaan Menjadi Kader JKN-KIS;
 - l. terdaftar menjadi agen PPOB dari kanal mitra pembayaran BPJS Kesehatan; dan
 - m. memiliki alat komunikasi/*handpone* berbasis android.

2. Persyaratan Tambahan:

- a. Memiliki kendaraan pribadi dan memiliki Surat Ijin Mengemudi;
- b. diutamakan Perempuan; dan
- c. mendapat rekomendasi Kepala Desa/Lurah.

Catatan:

- 1). Persyaratan pokok merupakan persyaratan yang wajib dipenuhi sedangkan persyaratan tambahan disesuaikan dengan kebijakan masing-masing Kantor Cabang pelaksana program.
- 2). Bagi calon Kader JKN-KIS yang belum terdaftar sebagai agen PPOB, diberikan waktu selama 1 (satu) bulan untuk menjadi agen PPOB, untuk memastikan Kader dapat menjalankan tugas dan fungsinya dengan baik.

Berikut alur penerimaan/rekrutmen Kader JKN:

1. Pendaftaran Calon Kader JKN-KIS

Proses pendaftaran untuk menjadi Kader JKN-KIS dilaksanakan di Kantor Cabang, dengan mekanisme sebagai berikut:

a. Tahap I: Koordinasi dengan Pemerintah Daerah

Kantor Cabang melakukan komunikasi dan koordinasi dengan Pemerintah Daerah dalam implementasi program Kader JKN-KIS;

b. Tahap II: Koordinasi dengan Aparat Desa/Kelurahan

Kantor Cabang melakukan koordinasi dengan aparat desa/kelurahan berdasarkan hasil *mapping* wilayah desa/kelurahan:

- 1). Menyampaikan maksud dan tujuan program Kader JKN-KIS beserta persyaratan calon Kader JKN-KIS;
- 2). Mendata calon Kader JKN-KIS berdasarkan rekomendasi aparat desa/kelurahan dan/atau Pemerintah Daerah;
- 3). Apabila tidak melalui rekomendasi aparat desa/kelurahan, bila calon kader JKN-KIS berasal dari tenaga sukarela maka tetap dilakukan komunikasi dan koordinasi dengan aparat desa/kelurahan.

c. Tahap III: Penyerahan berkas administrasi lamaran

Waktu penyerahan berkas administrasi pendaftaran dilakukan selama 3 (tiga) hari kerja ke Kantor Cabang, dengan kelengkapan sebagai berikut:

- 1). Surat lamaran kerja ditujukan kepada Kepala Kantor Cabang;
- 2). daftar riwayat hidup;
- 3). fotokopi ijazah terakhir sebanyak 1 (satu) lembar;
- 4). fotokopi Kartu Tanda Penduduk sebanyak 1 (satu) lembar;
- 5). fotokopi Kartu BPJS Kesehatan sebanyak 1 (satu) lembar;

- 6). fotokopi Surat Izin Mengemudi sebanyak 1 (satu) lembar;
 - 7). pas foto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 1 (satu) lembar; dan
 - 8). mendapatkan surat rekomendasi resmi dari aparat desa/kelurahan (berstempel) bila berasal dari kader binaan aparat desa/kelurahan.
- d. Tahap IV: Seleksi Administrasi
- 1). Kantor Cabang melakukan verifikasi atas kelengkapan dan keabsahan berkas sesuai dengan poin c) di atas; dan
 - 2). menyampaikan hasil seleksi administrasi kepada Calon Kader JKN-KIS yang memenuhi persyaratan untuk mengikuti wawancara dan *roleplay* secara tertulis dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja kemudian.
- e. Tahap V: Wawancara
- 1). Peserta akan mengikuti tahapan wawancara dan *roleplay* yang akan dilaksanakan di KC.
 - 2). KC akan melakukan proses wawancara menggunakan *tools*/materi wawancara dan bobot/kriteria kelulusan yang dibuat oleh pihak Kantor Pusat.
 - 3). Tim pewawancara terdiri dari Tim Teknis KC.
- f. Tahap VI: Pengumuman Hasil Akhir
- Pengumuman hasil wawancara disampaikan melalui pengumuman di KC, telepon/SMS/surat/media pengirim pesan elektronik setelah seluruh tahapan seleksi selesai. Jangka waktu pelaksanaan rekrutmen dilakukan selama 3 (tiga) minggu (periode rekrutmen sampai dengan penandatanganan perjanjian kerja sama kemitraan).
2. Setelah calon Kader JKN terpilih, selanjutnya:
- a. Calon Kader JKN-KIS wajib mengikuti pelatihan dan pembekalan yang dilaksanakan oleh KC. Apabila kemudian terdapat calon Kader yang tidak mengikuti pelatihan dan pembekalan secara lengkap, maka dapat dinyatakan gugur/tidak lolos sebagai Kader JKN-KIS.
 - b. Calon Kader JKN mendaftarkan diri sebagai agen PPOB:
 - 1). Mendaftar menjadi agen PPOB dari kanal/mitra pembayaran yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - 2). Memiliki alat komunikasi / HP berbasis android yang memiliki koneksi internet, atau mesin EDC/fasilitas pembayaran lain yang digunakan sebagai media pembayaran iuran dari peserta; dan

- 3). Memiliki deposit dana sejumlah tertentu sesuai ketentuan menjadi agen PPOB yang dipilih.
 - c. Penetapan Kader JKN-KIS sebagai mitra BPJS Kesehatan
 - d. Kemitraan Kader JKN-KIS dilakukan dengan penandatanganan Perjanjian Kerja Sama Kemitraan dan Pakta Integritas, sesuai dengan format Perjanjian Kerja Sama Kemitraan dan Pakta Integritas.
 - e. Membentuk sarana komunikasi
KC membuat sarana komunikasi (grup) antara Kader JKN-KIS dengan KC dan melibatkan unit kerja terkait, yang bertujuan untuk membantu Kader dalam menjalankan tugas dan fungsinya di lapangan.
 - f. Memilih dan menetapkan *Supervisor*:
 - 1). Kantor cabang memilih dan menetapkan 1 (satu) orang Kader JKN-KIS atau lebih yang menjalankan fungsi supervisi dan membantu KC.
 - 2). Profil supervisor adalah Kader JKN-KIS yang bertanggung jawab, berkinerja baik, mampu memimpin dengan baik dan dapat diandalkan untuk berkoordinasi dengan KC.
 - 3). Tugas supervisor Kader JKN-KIS adalah mengkoordinir aktivitas dari kader-kader di KC, melaporkan hal-hal terkait pelaksanaan program kader JKN-KIS dan mengikuti pertemuan dengan KC BPJS Kesehatan apabila diperlukan.
 - g. Peserta dapat menyampaikan keluhan kepada Kader JKN-KIS dan/atau melaporkan langsung ke BPJS Kesehatan mengenai layanan BPJS Kesehatan, ataupun kinerja dan perilaku kader JKN-KIS. BPJS Kesehatan wajib menindaklanjuti keluhan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Proses Pelatihan dan Pembekalan
- Materi dasar pelatihan dan pembekalan antara lain
- a. Konsep JKN-KIS;
 - b. Tugas dan fungsi Kader JKN-KIS;
 - c. Kegiatan lapangan;
 - d. *Product knowledge* (Konsep JKN, prinsip JKN dan UU BPJS (gotong royong), syarat kepesertaan, prosedur *benefit*, promotif preventif, iuran dan pembayaran iuran);
 - e. Penguatan kemampuan sebagai pengingat dan membantu pengumpulan iuran;
 - f. Hubungan Kemitraan Kader JKN-KIS dengan BPJS Kesehatan; dan

- g. Informasi profil wilayah kerja dan peserta BPJS Kesehatan.

Dalam mendukung fokus utama program Kader JKN-KIS diperlukan materi-materi yang fokus terhadap :

- a. Simulasi aktivitas kader JKN-KIS dan skema fungsi PPOB lebih diperkuat;
- b. Tata cara pengisian pelaporan kader JKN-KIS; dan
- c. Motivasi kader JKN-KIS menjalankan tugas.

Untuk mengembangkan *skill* dan kompetensi Kader JKN-KIS dalam menjalankan aktivitas dilapangan, maka dilaksanakan pertemuan antara KC BPJS Kesehatan dan Kader JKN-KIS secara rutin dan periodik, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan atas program JKN serta rasa memiliki sebagai Kader JKN-KIS.

E. Hak dan Kewajiban

Secara umum kader JKN-KIS memiliki hak dan kewajiban dengan rincian sebagai berikut:

1. Hak Kader JKN-KIS:

- a. Mendapatkan pelatihan dan informasi kebijakan dan/atau program terkini seputar BPJS Kesehatan;
- b. mendapatkan *product knowledge* mengenai kepesertaan, pelayanan, keuangan dan iuran, kanal-kanal pembayaran iuran baik kanal bank maupun PPOB (*Payment Point Online Bank*);
- c. mendapatkan materi KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) berupa buku saku terkait *product knowledge* mengenai kepesertaan, pelayanan, kanal pembayaran, serta leaflet mengenai hak dan kewajiban peserta dan/atau leaflet terkait informasi seputar program BPJS Kesehatan terbaru lainnya;
- d. mendapatkan hasil pemetaan/*mapping* peserta PBPU menunggak sesuai daerah binaannya;
- e. mendapatkan aparatus Kader JKN-KIS dalam menjalankan tugas di lapangan sebagai bukti identitas Kader JKN-KIS, yaitu berupa jaket (*vest*), topi, tanda pengenal khusus dan Surat Tugas;
- f. mendapatkan aparatus tambahan yaitu *safety kits* yang berupa masker, pelindung wajah (*face shield*) dan cairan pembersih tangan (*hand sanitizer*), dengan spesifikasi mengikuti anjuran Pemerintah;

- g. mendapatkan buku saku, sebagai buku khusus pendukung dalam melaksanakan tugasnya sebagai Kader JKN-KIS. Selain itu, Kader juga dapat dibekali dengan buku/dokumen lainnya yang berisi tentang *product knowledge* dan/atau program-program baru BPJS Kesehatan, misalnya: Buku Pintar Menagih, dan lain sebagainya;
- h. mendapatkan simulasi dan *best practice sharing* atas aktivitas kader;
- i. bergabung dalam grup media sosial Kader dan Kantor Cabang BPJS Kesehatan;
- j. mendapatkan umpan balik atas kinerja Kader secara rutin (baik pelaporan bulanan maupun triwulanan) pada kegiatan monitoring dan evaluasi periodik;
- k. memperoleh imbal jasa dari BPJS Kesehatan berdasarkan hasil kinerjanya yang diatur tersendiri.

2. Kewajiban Kader JKN-KIS:

- a. Mengedukasi dan mengingatkan pembayaran iuran peserta binaan Kader JKN-KIS sebagai fokus utama;
- b. membantu proses pembayaran tunggakan iuran peserta binaannya (apabila Kader menjadi PPOB);
- c. wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan dan tidak ada tunggakan iuran;
- d. melakukan kegiatan sosialisasi kepada peserta, baik secara perorangan maupun berkelompok, dengan melampirkan daftar hadir peserta sosialisasi. Berikut materi sosialisasi :
 - 1). Sosialisasi tentang JKN yaitu program pemerintah untuk memberikan layanan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia berdasarkan asas gotong royong;
 - 2). mekanisme pendaftaran dan update data peserta;
 - 3). hak dan kewajiban peserta;
 - 4). prosedur mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan yang bekerja sama;
 - 5). iuran dan tata cara pembayaran (saluran pembayaran, waktu pembayaran, denda pelayanan);
 - 6). petunjuk pindah kelas rawat dan perubahan FKTP; atau
 - 7). materi lain yang relevan dengan program JKN.

- e. melaporkan kegiatan sosialisasi (kelompok/kunjungan) dengan melampirkan dokumen (sebagai eviden), di bawah ini:
 - 1). Daftar kunjungan ke peserta dan calon peserta (formulir C);
 - 2). Daftar hadir peserta dan calon peserta sosialisasi kelompok (formulir dibuat oleh KC); dan
 - 3). foto kegiatan sosialisasi dan kegiatan kunjungan.
- f. memenuhi undangan KC dalam kegiatan monitoring dan evaluasi yang diselenggarakan secara periodik baik secara luring maupun daring;
- g. memenuhi undangan Kedeputan Wilayah dalam kegiatan monitoring dan evaluasi yang diselenggarakan baik secara luring maupun daring;
- h. mengikuti pertemuan koordinasi dengan KC BPJS Kesehatan, baik secara luring maupun daring;
- i. memberikan laporan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan;
- j. memiliki rekening tabungan pada salah satu bank mitra BPJS Kesehatan;
- k. tunduk kepada peraturan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan;
- l. mengelola data peserta baru dan peserta lama sebagai alat bantu pengingat dan membantu pembayaran iuran;
- m. melayani dengan sikap senyum, sapa, dan salam;
- n. memberikan informasi secara jelas dan tidak menyesatkan kepada pihak lain yang memerlukan informasi;
- o. tidak menerima imbalan dari peserta dalam bentuk apapun;
- p. menggunakan aparatus Kader JKN-KIS, minimal tanda pengenal dan Surat Tugas (wajib dibawa dan digunakan selama bertugas).
- q. memenuhi kriteria penilaian kinerja yang diberikan oleh BPJS Kesehatan terkait dengan reward dan punishment sebagai evaluasi periodik. Kriteria pencapaian kinerja meliputi pelaporan, keaktifan dan target yang diberikan;
- r. tetap melaporkan secara manual kegiatan pelaksanaan sehari-hari apabila terjadi kendala aplikasi dalam pelaporan aktivitas Kader JKN-KIS; dan
- s. wajib menjaga kerahasiaan atas data/informasi dalam bentuk apapun yang disampaikan oleh BPJS Kesehatan.

E. Aktivitas Kader JKN-KIS

Secara umum, Kader JKN-KIS melakukan aktivitas dengan fokus utama adalah mengedukasi dan mengingatkan pembayaran iuran, serta membantu pembayaran

iuran, sedangkan tugas tambahan yang mendukung tugas utamanya antara lain melaksanakan kegiatan sosialisasi, memberikan informasi terkait program-program BPJS Kesehatan maupun informasi lainnya dan menerima keluhan. Rincian aktivitas-aktivitas yang dilakukan Kader JKN-KIS, sebagai berikut:

1. Fungsi Edukasi dan Pengingat Iuran

Tugas Kader JKN antara lain :

- a. Memberikan informasi tentang batas waktu terakhir pembayaran iuran dan mengingatkan untuk membayar iuran tepat waktu;
- b. memberikan informasi kanal pembayaran (Bank dan Nonbank) serta biaya administrasi pembayaran (bila ada);
- c. memberikan informasi mengenai denda pelayanan;
- d. menyampaikan surat tagihan peserta PBPU dan mengedukasi peserta untuk melunasi tunggakan iurannya;
- e. melakukan rekapitulasi dan pelaporan bulanan atas peserta binaan yang telah dikunjungi atau diedukasi dan melakukan pembayaran tunggakan iuran;

Tugas Kader JKN-KIS lainnya adalah membantu pembayaran tunggakan iuran (apabila Kader juga sebagai Agen PPOB), yaitu antara lain:

- a. Menawarkan pembayaran iuran dimuka, pembayaran tunggakan iuran, dan pendaftaran auto debit;
- b. membantu melakukan pembayaran iuran melalui Aplikasi PPOB yang dapat diakses oleh Kader JKN sebagai Agen PPOB;
- c. memberikan bukti/struk pembayaran kepada peserta, dan Kader **tidak diperbolehkan** menerima uang tunai dari peserta tanpa disertai transaksi pembayaran, bukti pembayaran (kuitansi) dan/atau bukti lainnya. Bukti/struk pembayaran diberikan dalam bentuk:
 - 1). struk luaran dari mesin EDC;
 - 2). sms notifikasi ke nomor *handphone* peserta sesuai ketentuan sebagai Agen PPOB; atau
 - 3). bukti pembayaran dalam bentuk lainnya, misal: tangkapan layar (*screenshot*) pembayaran.
- d. melakukan rekapitulasi dan pelaporan atas peserta binaannya yang telah dikunjungi dan/atau diedukasi sehingga melunasi tunggakan iurannya;
- e. mendokumentasikan kunjungan dan/atau aktivitas edukasi kepada keluarga binaannya sebagai bukti pelaksanaan fungsinya.

2. Fungsi Sosialisasi dan Edukasi.

- a. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban peserta;
- b. memberikan leaflet terkait informasi kanal pembayaran, dan/atau materi informasi lainnya yang relevan dengan program JKN kepada peserta binaannya;
- c. pemberian informasi dilakukan kepada peserta binaan baru dan minimal setiap 3 (tiga) bulan wajib melakukan *update* penyampaian informasi kepada seluruh peserta binaannya.
- d. sosialisasi dan pemberian informasi dilakukan dalam kegiatan:
 - 1). Kunjungan kepada peserta binaan
 - a). Menyampaikan informasi tentang status iuran peserta binaan, mengingatkan waktu jatuh tempo dan besaran yang harus dibayarkan dan sanksi pelayanan. (khusus peserta);
 - b). Menyampaikan informasi tentang kanal ataupun metode pembayaran iuran JKN, misalnya: pembayaran iuran melalui mekanisme autodebit, kanal pendaftarannya, dan cara mendaftar, dan lainnya.
 - 2). sosialisasi kepada masyarakat desa/kelompok (dapat didampingi oleh KC) dan dilakukan minimal setiap 2 (dua) kali dalam sebulan (peserta bergilir), tentang:
 - a. Pengenalan JKN dan BPJS Kesehatan.
 - b. Program JKN, dan informasi lainnya yang terkait dengan Program JKN.
- e. mendapatkan form daftar hadir kegiatan sosialisasi kelompok (Form dibuat oleh KC dengan isian wajib yaitu nama, nomor NIK dan nomor peserta JKN) untuk dilaporkan pada Formulir C.
- f. melaporkan kegiatan sosialisasi yang telah dilakukan setiap bulan (sesuai format yang diberikan);
- g. bekerjasama dengan aparat desa/kelurahan untuk bersinergi dalam edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat.

3. Fungsi Pemberi Informasi, menerima keluhan dan pendampingan

Kader JKN – KIS diharapkan dapat memberikan informasi singkat dan dapat menjawab pertanyaan yang diajukan peserta, serta pendampingan pelayanan

kesehatan (informasi, edukasi dan koordinasi pelayanan keluhan), sehingga pengetahuan dasar yang harus dimiliki oleh Kader JKN, mencakup:

- a. Informasi tentang motivasi bahwa program JKN bermanfaat bagi peserta;
- b. informasi tentang Sistem Jaminan Sosial, tidak hanya Jaminan Kesehatan, namun juga dapat menjelaskan tentang program Jaminan sosial yang lain;
- c. pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan baik ditingkat pertama maupun tingkat lanjutan;
- d. cara mengakses layanan kesehatan di FKTP

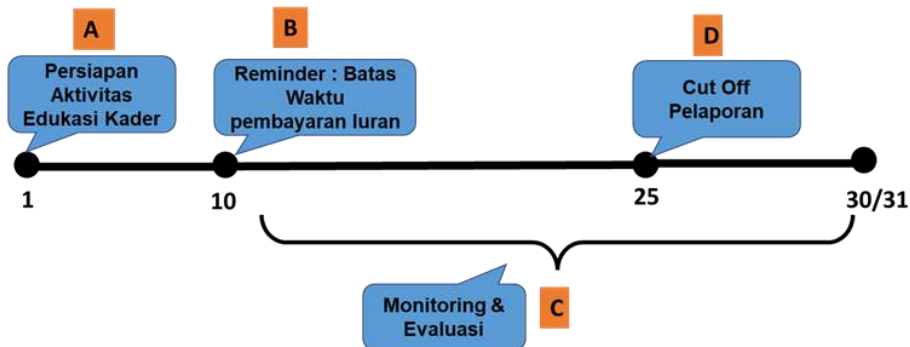
Kader JKN-KIS memiliki tugas untuk memberikan informasi kepada peserta mencakup beberapa hal sebagai berikut:

- 1). Pencantuman nama FKTP pada kartu peserta;
 - 2). keberadaan fasilitas kesehatan diwilayah kerjanya. Kader JKN-KIS dibekali dengan daftar nama dan alamat FKTP diwilayah kerjanya;
 - 3). tatalaksana/prosedur penggunaan layanan FKTP (persyaratan yang harus dibawa oleh peserta, jam praktek layanan);
 - 4). pengetahuan tentang cara mengakses FKTP pada kondisi dimana FKTP tempat peserta terdaftar sedang tidak dapat diakses (layanan FKTP tutup, peserta sedang dinas luar, dan sebagainya); dan
 - 5). cakupan dan mekanisme pelayanan rawat inap di FKTP untuk kasus persalinan, demam berdarah, *typhoid*, gastroenteritis dan diagnosis lain yang dapat ditangani oleh FKTP dengan tetap mempertimbangkan ketersediaan sarana dan prasarana di FKTL.
- e. cara mengakses layanan kesehatan di FKRTL
- Kader JKN – KIS sebaiknya dapat memahami alur pelayanan baik pada kondisi umum maupun emergensi. Kader JKN-KIS harus memiliki kemampuan dasar tentang beberapa hal terkait:
- 1). Cakupan dan mekanisme pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (kartu JKN – KIS, surat rujukan FKTP);
 - 2). pengetahuan tentang tatalaksana pelayanan pada kondisi emergensi dan prosedur pemanfaatan ambulans antar fasilitas Kesehatan;
 - 3). sistem rujukan yang dimulai dari RS Kelas C, D dan B; dan
 - 4). cakupan dan mekanisme pelayanan rawat inap tingkat lanjutan.
- f. cara melakukan perubahan fasilitas kesehatan tingkat pertama

- g. Kader JKN-KIS memiliki kewajiban untuk memberikan informasi persyaratan dan tata laksana penggantian FKTP termasuk informasi tentang jangka waktu yang diperbolehkan untuk melakukan perubahan kartu.
- h. pengetahuan tentang hal yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan; dan
- i. memberikan informasi tentang saluran penanganan keluhan di BPJS Kesehatan dimana Kader JKN-KIS akan dibekali dengan formulir C. Hasil isian formulir tersebut akan diserahkan ke BPJS Kesehatan cabang setempat kepada UKPF Kepesertaan dan pelayanan peserta, untuk selanjutnya akan diproses sesuai ketentuan.

Secara detail, berikut aktivitas periodik Kader JKN, KC, Kedeputusan Wilayah dan Kantor Pusat:

1. Aktivitas Periodik Kader JKN-KIS

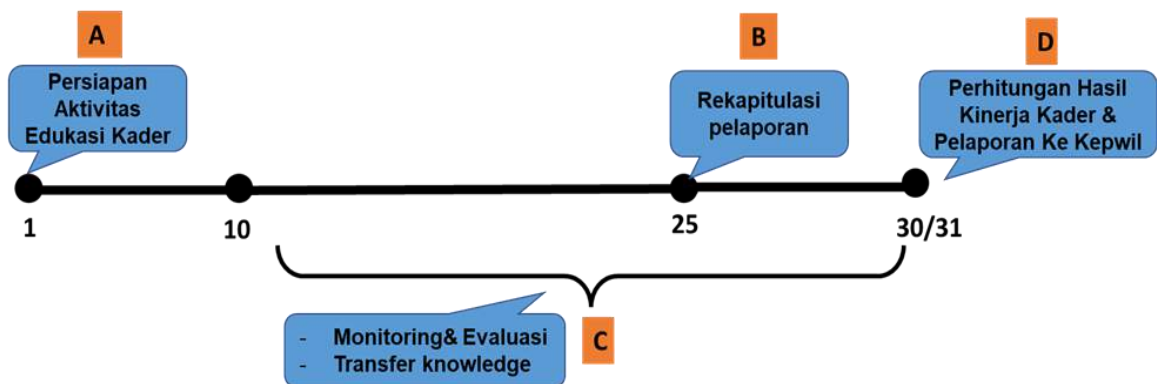


Berikut adalah rincian aktivitas yang dilaksanakan oleh Kader setiap bulannya:

- a. Memetakan peserta berdasarkan hasil pemetaan/*mapping* data peserta menunggu oleh KC (**Poin A**);
- b. Kader mulai melaksanakan tugas dan sudah mendapatkan pelatihan, *product knowledge*, materi KIE dan atribut Kader JKN-KIS;
- c. mengingatkan kepada peserta untuk membayar iuran dengan batas waktu tanggal 10 setiap bulannya (**Poin B**);
- d. mengumpulkan iuran peserta yang menunggu sesuai daftar peserta binaan yang diberikan;
- e. melakukan sosialisasi kelompok berkoordinasi dengan KC, yang dapat dilaksanakan secara luring ataupun daring;
- f. melakukan kunjungan ke rumah peserta binaan berdasarkan data hasil *mapping* binaan;

- g. mengisi kelengkapan data kunjungan dan sosialisasi beserta buktinya (Formulir kunjungan, foto kunjungan, dan/atau bukti lainnya yang relevan);
- h. mengikuti pertemuan monitoring dan evaluasi KC, yang dilaksanakan periodik secara luring maupun daring (**Poin C**); dan
- i. menyerahkan laporan (formulir C) dan pelaporan atas hasil kegiatan kunjungan dan sosialisasi (**Poin D**).

2. Aktivitas Periodik KC

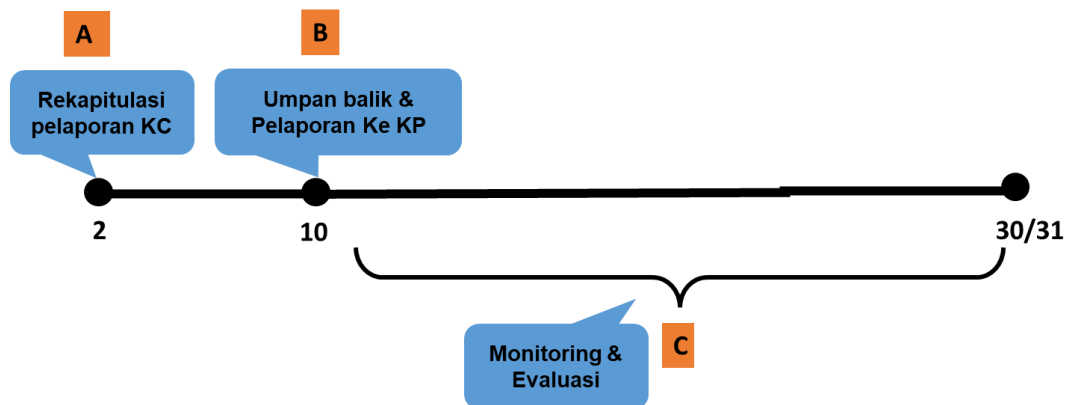


Aktivitas KC yang dilakukan periode tanggal 1- 30/31 setiap bulannya adalah sebagai berikut:

- a. KC telah memberikan pelatihan, *product knowledge*, materi KIE dan atribut Kader JKN-KIS diawal pelaksanaan;
- b. melakukan koordinasi dan komunikasi perijinan dengan aparat desa/kelurahan tentang program Kader JKN-KIS;
- c. menyiapkan dan menyampaikan leaflet dan/atau materi informasi dalam bentuk media lainnya untuk kegiatan edukasi, kunjungan dan sosialisasi Kader JKN;
- d. melakukan pemetaan/*mapping* peserta binaan Kader JKN-KIS (**poin A**);
- e. menyiapkan daftar hadir peserta pada kegiatan sosialisasi kelompok Kader;
- f. melakukan rekapitulasi pelaporan seluruh kegiatan Kader JKN-KIS (**poin B**).
- g. melakukan pertemuan monitoring dan evaluasi secara periodik setiap bulannya, yang dilaksanakan baik secara luring ataupun daring (**poin C**).

- h. melaksanakan kegiatan *transfers knowledge* dan update informasi terbaru seputar JKN kepada Kader (**poin C**);
- i. melakukan perhitungan dan memberikan imbal jasa Kader JKN-KIS berdasarkan hasil kinerjanya, paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya (**poin D**);
- j. melakukan supervisi dan *spotcheck* secara rutin untuk memastikan kinerja Kader dan pengawasan terhadap perilaku dan integritas Kader JKN di lapangan; dan
- k. menyusun dan mengirimkan laporan kepada Kedeputian Wilayah (**poin D**).

3. Aktivitas Periodik Kedeputian Wilayah

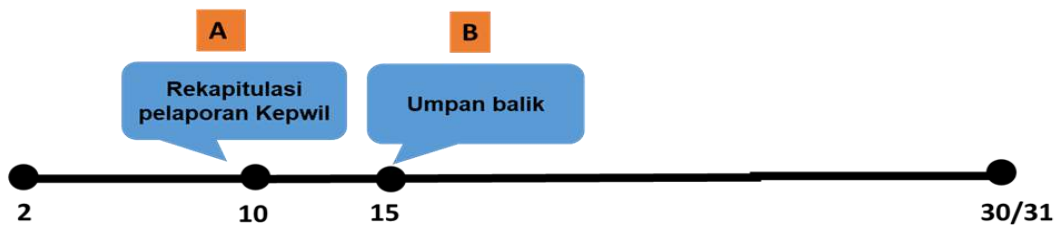


Aktivitas Kedeputian Wilayah setiap bulannya dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Memastikan Kantor Cabang telah memberikan pelatihan dan *product knowledge* pada awal pelaksanaan;
- b. memastikan ketersediaan materi KIE Kader JKN dan kelengkapan pelaksanaan tugas dan fungsi Kader di masing-masing Kantor Cabang (misalnya: aparatus, leaflet edukasi, dan lain-lain);
- c. menyusun rekapitulasi pelaporan hasil kinerja Kader se-wilayah kerjanya (**Poin A**);
- d. melakukan evaluasi atas hasil kinerja Kader dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan;
- e. memberikan umpan balik progres capaian atas program Kader JKN-KIS (**Poin B**);
- f. merumuskan upaya strategis untuk peningkatan kinerja Kader JKN-KIS;
- g. melakukan supervisi secara rutin ke Kantor Cabang untuk monitoring aktivitas Kader JKN-KIS di lapangan dan pelaksanaan program Kader JKN-KIS;

- h. melakukan pertemuan monitoring dan evaluasi untuk memberikan masukan dan evaluasi atas kinerja Kader dan pelaksanaan Program di Kantor Cabang, yang dilaksanakan secara luring ataupun daring (**poin C**); dan
- i. menyampaikan laporan implementasi program kader JKN-KIS kepada Kantor Pusat c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan (**Poin B**).

4. Aktivitas Periodik Kantor Pusat



Aktivitas Kantor Pusat setiap bulannya dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. menyusun rekapitulasi pelaporan hasil kinerja Kader se-Indonesia (**Poin A**);
- b. melakukan evaluasi atas hasil kinerja Kader dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan;
- c. memberikan umpan balik progres capaian atas program Kader JKN-KIS secara periodik triwulanan (**Poin B**);
- d. Melakukan supervisi ke kantor cabang untuk memastikan kinerja dan pelaksanaan program Kader JKN-KIS berjalan baik di lapangan.

F. Kode Etik Kader JKN-KIS

Untuk menciptakan lingkungan kerja yang kondusif bagi setiap Kader JKN-KIS dengan peserta binaan, aparatur desa binaan, Duta BPJS Kesehatan dan/atau pemangku kepentingan terkait lainnya maka diperlukan pedoman perilaku yang mengatur hubungan kerja dan kemitraan.

1. Pengertian Kode Etik Kader JKN-KIS

Kode Etik Kader JKN-KIS adalah aturan tertulis tentang perilaku yang disusun secara sistematis berdasarkan prinsip moral dan tata nilai yang wajib ditaati oleh seluruh Kader JKN-KIS dalam menjalankan tugas dan fungsinya.

2. Tujuan Kode Etik Kader JKN-KIS

Tujuan Kode Etik Kader JKN-KIS adalah sebagai panduan perilaku Kader JKN-KIS yang wajib dipatuhi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dilandasi moral yang tinggi, kepatuhan atas perundang-undangan dan hukum, serta kesadaran adanya tanggung jawab moral dan sosial Kader JKN-KIS terhadap pemangku kepentingan yang terkait.

3. Sasaran

Kode etik ini hanya ditujukan bagi Kader JKN-KIS yang melaksanakan tugas dan fungsi sebagai mitra BPJS Kesehatan.

4. Cakupan Kode Etik

Kode etik ini mengatur tentang:

a. Integritas dan Etika Kerja

Integritas adalah merupakan prinsip dalam menjalankan setiap tugas dan tanggung jawab dalam keselarasan berpikir, berkata dan berperilaku sesuai keadaan yang sebenarnya. Etika Kerja adalah norma-norma yang mengatur sikap dan tindakan dalam bekerja terkait dengan tugas dan fungsinya sebagai Kader JKN-KIS. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Kader JKN-KIS **wajib**:

- 1). Selaras antara pikiran, ucapan dan tindakan
- 2). Berani mengakui dan mempertanggungjawabkan kesalahan
- 3). Berkomitmen dalam menjalankan tugas dan fungsinya
- 4). Meningkatkan kemampuan dan kompetensi secara berkesinambungan
- 5). Meningkatkan kualitas proses dan hasil kerja
- 6). Berpikir positif dan mau menyesuaikan diri terhadap perubahan
- 7). Bersikap proaktif terhadap kebutuhan peserta binaannya
- 8). Berempati dan sabar dalam melayani peserta binaannya

b. Perilaku Anti Suap, Anti Korupsi dan Anti Gratifikasi

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Kader JKN-KIS **wajib**:

- 1). Menjunjung tinggi perilaku anti suap, anti korupsi dan anti gratifikasi;
- 2). Melakukan pencegahan tindak pidana suap, korupsi dan gratifikasi;
- 3). Menyampaikan informasi mengenai indikasi pelanggaran atau kecurangan; dan
- 4). Menandatangani Pakta Integritas Kader JKN-KIS bersamaan dengan penandatanganan perjanjian kerja sama kemitraan.

Setiap Kader JKN-KIS dilarang untuk:

- 1). Melakukan perbuatan yang memperkaya diri sendiri atau orang lain atau organisasi yang dapat merugikan negara dengan menyalahgunakan wewenang sebagai Kader JKN-KIS.
- 2). Menerima dan/atau memberi dalam bentuk uang, barang, komisi, tiket perjalanan, fasilitas perjalanan wisata, dan/atau bentuk fasilitas lainnya (gratifikasi) dari pihak manapun, diluar tugas, fungsi dan wewenangnya sebagai Kader JKN-KIS.

c. Benturan Kepentingan

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai Kader JKN-KIS **wajib**:

- 1). Menghindarkan diri dan proaktif mengkomunikasikan situasi yang berpotensi menjadi benturan kepentingan yang mengarah pada keputusan dan tindakan yang tidak dimaksudkan untuk kepentingan terbaik organisasi;
- 2). Melaporkan setiap situasi yang berpotensi menjadi benturan kepentingan; dan
- 3). Menyampaikan laporan berdasarkan data dan fakta yang dapat dipertanggungjawabkan.

Kader JKN-KIS dilarang untuk:

- 1). Melakukan tindakan/perbuatan yang mengatasnamakan BPJS Kesehatan diluar tugas, fungsi dan wewenangnya sebagai Kader JKN-KIS.
- 2). Menjanjikan sesuatu kepada peserta binaannya dan/atau pihak lain diluar tugas, fungsi dan kewenangannya;
- 3). Menyalahgunakan kewenangan, membuat keputusan, dan mengambil tindakan dalam wewenangnya yang dapat mempengaruhi obyektivitas pelaksanaan tugas dan fungsinya;

d. Keamanan Data dan Informasi

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai Kader JKN-KIS **wajib**:

- 1). Menjaga kerahasiaan data dan/atau informasi yang bersifat rahasia yang diberikan oleh BPJS Kesehatan;
- 2). Bertanggung jawab atas pengelolaan dan penyimpanan data dan/atau informasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan;
- 3). Melindungi kekayaan intelektual BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

- 4). Melaporkan bila mengetahui ada pihak ketiga menggunakan data dan informasi, serta kekayaan intelektual BPJS Kesehatan tanpa persetujuan.

Kader JKN-KIS dilarang untuk:

- 1). Menyimpan dan/atau menggunakan dokumen organisasi untuk kepentingan pribadi;
- 2). Menyampaikan laporan dengan data dan/atau informasi palsu atau tidak sesuai dengan kenyataan;
- 3). Menyebarkan data dan informasi tanpa ijin organisasi kepada pihak lain yang tidak berkepentingan baik selama bekerja maupun setelah pengakhiran hubungan kemitraan;
- 4). Memberikan informasi rahasia organisasi, dan kekayaan intelektual milik pihak lain tanpa ijin dipergunakan untuk kepentingan pribadi, golongan atau pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

e. Hubungan Kemitraan

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai Kader JKN-KIS wajib:

1. Menjaga hubungan kerja dan kemitraan yang saling menghormati sesuai peran masing-masing, menghargai perbedaan pendapat, dan persamaan hak;
2. Menghormati hak sesama rekan kerja untuk menyimpan dan menjaga data pribadi sesuai dengan prosedur yang berlaku di BPJS Kesehatan; dan
3. Bersinergi, saling percaya dan saling menghormati dalam lingkungan kompetitif yang sehat dengan komitmen bersama untuk keberhasilan BPJS Kesehatan

Kader JKN-KIS dilarang:

- 1). Berperilaku/bertindak mengarah pada segala bentuk tekanan, provokasi dan diskriminasi terhadap orang lain;
- 2). Melakukan tindakan/perbuatan atas nama pribadi yang merugikan nama baik BPJS Kesehatan;
- 3). Melakukan tindakan intimidasi dan pelecehan terhadap orang lain karena latar belakang agama, ras, suku, hubungan pribadi (pertemanan dan kekerabatan), jenis kelamin, usia, perbedaan dan keterbatasan fisik atau karakteristik lain yang dilindungi Undang-Undang.

f. Kepatuhan Terhadap Peraturan Perundang-undangan

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai Kader JKN-KIS wajib:

- 1). Menaati dan mematuhi peraturan dan hukum yang relevan dan berlaku;

- 2). Mempertimbangkan ketentuan perundang-undangan serta norma-norma pada masyarakat dalam setiap tindakan;
- 3). Melakukan pekerjaan sesuai dengan pedoman, kebijakan ataupun petunjuk teknis yang telah ditetapkan oleh organisasi sesuai dengan bidang tugasnya;
- 4). Menghindari setiap tindakan, perbuatan tercela, dan perilaku yang dapat menimbulkan pelanggaran terhadap hukum dan norma kesusilaan;
- 5). Mengupayakan penyelesaian perselisihan melalui musyawarah untuk mufakat dan menghormati proses hukum dan segala putusannya.

Kader JKN-KIS dilarang:

- 1). Melakukan tindakan menghasut/membujuk/mengajak Kader atau pihak lain untuk melakukan perbuatan-perbuatan yang dapat merugikan BPJS Kesehatan atau bertentangan dengan hukum dan ketentuan perundang-undangan;
- 2). Menyalahgunakan, menjual, memproduksi, menyebarkan, memiliki, menggunakan zat-zat yang diawasi atau berada di bawah pengaruh narkotika, obat-obatan terlarang dan minuman keras saat menjalankan tugas dan fungsinya.

5. Komitmen

Untuk menciptakan hubungan kemitraan yang kondusif serta menjaga layanan tetap profesional maka:

a. Komitmen Kader JKN-KIS kepada peserta binaan dan pemangku kepentingan terkait:

- 1). Memberikan layanan yang terbaik kepada peserta binaan dan pemangku kepentingan yang terkait;
- 2). Memberikan informasi yang jelas tentang hak, kewajiban peserta binaan;
- 3). Membantu menyelesaikan keluhan dan memberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi oleh peserta binaannya; dan
- 4). Berperilaku dan bertindak sesuai kode etik dan ketentuan perundang-undangan.

b. Komitmen Kader JKN-KIS Kepada BPJS Kesehatan:

1. Menjaga nama baik dan reputasi BPJS Kesehatan;
2. Memberikan dukungan atas setiap kebijakan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan;
3. Mematuhi kode etik dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- c. Komitmen Kader JKN-KIS Kepada Peserta JKN:
 - 1). Memberikan informasi yang jelas tentang hak, kewajiban peserta JKN;
 - 2). Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan oleh peserta JKN terkait program Jaminan Sosial;
 - 3). Memberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi oleh peserta JKN;
 - 4). Membantu kelangsungan program Kader JKN-KIS dan program Jaminan Kesehatan Nasional.
- 6. Sanksi Atas Pelanggaran Kode Etik

Ketentuan atas pelanggaran terhadap kode etik, ditetapkan sebagai berikut:

 - a. Jika terdapat pelanggaran kode etik, Kantor Cabang BPJS Kesehatan pengelola program akan meninjau kembali kontrak kemitraan Kader yang bersangkutan;
 - b. Kantor Cabang pengelola program dapat memberikan sanksi teguran secara langsung dan/atau melalui surat resmi;
 - c. Pemberian sanksi atas pelanggaran kode etik diselesaikan dengan mengedepankan musyawarah mencapai mufakat dengan seluruh pihak yang terkait; dan
 - d. apabila pelanggaran kode etik terkait dengan pelanggaran atas ketentuan perundang-undangan, maka sanksi sepenuhnya diserahkan kepada pihak yang berwajib.

G. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan bentuk akuntabilitas pelaksanaan pengelolaan program Kader JKN-KIS, untuk menilai efektifitas program dalam mencapai output program. Monitoring dan evaluasi kinerja Kader JKN-KIS dilakukan dengan cara:

- 1. Penyampaian kinerja kegiatan dengan menunjukkan bukti-bukti terkait hasil yang dicapai oleh Kader JKN-KIS.
- 2. Konsolidasi/diskusi atau klarifikasi hasil kegiatan antara Kader JKN-KIS dengan Kantor Cabang BPJS Kesehatan secara periodik.
- 3. Setiap Kantor Cabang yang mengelola program Kader JKN-KIS, menunjuk 1 (satu) orang staf yang menjalankan tugas sebagai koordinator program (PIC) dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan program.
- 4. Mekanisme kontrol, dijalankan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Observasi Langsung;

Observasi langsung dapat dilakukan dengan:

- 1). Kunjungan secara rutin dan waktu acak oleh supervisor/Kantor Cabang/Kantor Kab/Kota kepada peserta sesuai dengan daftar laporan yang dikunjungi Kader JKN-KIS, dan dipilih secara sampling. Apabila menemukan bahwa data yang dilaporkan Kader JKN-KIS tidak benar, maka petugas membuat tanda bukti klarifikasi yang ditandatangani peserta sebagai bukti.
- 2). Melibatkan peserta dan aparat desa/kelurahan, yaitu:
 - a). Peserta dapat menyampaikan secara langsung kepada Kantor Cabang untuk menanyakan kebenaran atas pembayaran iuran peserta sebagai *crosscheck* pembayaran.
 - b). Kantor Cabang dapat berkoordinasi dengan aparat desa/kelurahan setempat melalui forum koordinasi untuk melihat sejauh mana gambaran aktivitas yang sudah dilakukan oleh Kader JKN-KIS di wilayahnya secara periodik.
- 3). Apabila dalam proses pelaporan, aktivitas kunjungan telah menggunakan teknologi aplikasi maka tetap perlu dilakukan sampling melalui observasi untuk memastikan kebenaran kunjungan dan kualitas tugas yang dilakukan oleh Kader JKN-KIS.

b. Observasi Tidak Langsung

Observasi tidak langsung dilakukan dengan membuktikan kebenaran laporan Kader JKN-KIS tanpa harus mengunjungi peserta. Metode yang dilakukan adalah dengan:

- 1). Mengkonfirmasi data laporan tersebut, baik kepada Kader JKN-KIS dengan meminta bukti-bukti (misalnya foto kunjungan, dokumen lain).
- 2). Mengkonfirmasi peserta melalui media komunikasi (telpon/SMS/ media pengirim pesan elektronik) yang nomornya telah dicatat sewaktu dilakukan kunjungan oleh Kader.

Metode observasi langsung maupun tidak langsung dapat dikembangkan oleh Kedeputan Wilayah maupun Kantor Cabang pengelola program, dengan tetap memperhatikan efektivitas waktu dan biaya.

5. Dalam rangka meningkatkan akuntabilitas kinerja Kader JKN-KIS, petugas BPJS Kesehatan melakukan kunjungan spotcheck pada Kader JKN-KIS secara sampling. Melalui aktivitas spotcheck diharapkan dapat diketahui faktor-faktor

yang dapat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan program dan mengetahui kendala-kendala di lapangan untuk dicarikan solusinya.

6. Untuk penilaian kinerja dan umpan balik hasil kinerja kader, Kantor Cabang melaksanakan kegiatan evaluasi periodik (paling sedikit dilaksanakan 1 (satu) kali dalam sebulan), dan dapat dilaksanakan secara luring (*offline*) maupun daring (*online*).

H. Penilaian Kinerja Kader JKN-KIS

1. Indikator Program Yang Dipantau

Indikator program Kader JKN-KIS yang akan dipantau adalah indikator proses dari program tersebut yaitu:

- a. Kendala, hambatan atau permasalahan yang dialami Kader JKN-KIS dalam menjalankan kunjungan ke rumah masyarakat (peserta PBPU yang menungguak);
- b. Jumlah peserta binaan atau masyarakat yang ikut berpartisipasi dalam kegiatan sosialisasi/kunjungan (yang dapat dilihat dari pengisian Formulir C).

2. Indikator Program Yang Dievaluasi

Indikator program Kader JKN-KIS yang akan di evaluasi adalah indikator *output* dari program tersebut, yaitu antara lain:

- a. Jumlah peserta binaan yang diedukasi dan dikunjungi. Adapun ketentuan aktivitas kunjungan dan edukasi oleh Kader JKN-KIS, sebagai berikut:
 - 1). Kader wajib melakukan edukasi dan kunjungan kepada peserta binaannya, paling sedikit 1 (satu) kali kunjungan dalam 1 (satu) bulan kepada keluarga yang sama;
 - 2). Aktivitas edukasi kepada peserta binaan dapat dilakukan melalui pemberian informasi secara langsung saat berkunjung dan dilanjutkan melalui media komunikasi (telpon/SMS/media pengirim pesan elektronik);
 - 3). Aktivitas edukasi diutamakan tentang mengingatkan pembayaran tunggakan iuran, kanal pembayaran terdekat, adanya denda pelayanan dan/atau program terkait JKN lainnya;
 - 4). Aktivitas kunjungan dan edukasi menjadi syarat utama pembayaran imbal jasa Kader JKN, yang diatur sebagai berikut:
 - a). Kegiatan kunjungan minimal dilakukan 1 (satu) kali sebelum peserta binaan melakukan pembayaran iuran;

- b). Setelah Kader melakukan kegiatan kunjungan, selanjutnya diedukasi dan diingatkan melalui media komunikasi (telpon/SMS/media pengirim pesan);
- c). apabila kemudian peserta binaan tersebut membayar tunggakan iuran di bulan yang berbeda dengan waktu bulan kunjungan dari kader, maka kepada Kader dapat diberikan imbal jasa pengumpul iuran dengan batas maksimal 30 hari pasca kunjungan terakhir.

d). Perhitungan:

$$\begin{aligned} &\text{Capaian edukasi (\%):} \\ &= \frac{\text{Jumlah keluarga binaan yang dikunjungi \& diedukasi}}{\text{Jumlah Keluarga Binaan dalam 1 periode}} \end{aligned}$$

5). Namun apabila terdapat situasi kondisi yang tidak memungkinkan (*force major* misalnya kondisi pandemi, bencana alam, dan lainnya) bagi Kader untuk melaksanakan aktivitas kunjungan secara langsung, maka:

- a). Penilaian kinerja kunjungan dapat diganti dengan penilaian pada aktivitas pengganti dengan melaksanakan edukasi melalui media komunikasi (telpon/SMS/media pengirim pesan elektronik); dan
- b). pengalihan aktivitas kunjungan dikarenakan kondisi *force major* tersebut harus ditetapkan oleh Kepala Unit Kerja.

b. Efektivitas Kunjungan Kader JKN

Efektivitas kunjungan Kader dihitung dengan mengukur jumlah peserta binaan Kader yang melunasi tunggakan iurannya setelah dilakukannya kunjungan dan edukasi oleh kader, dengan limitasi waktu 30 hari pasca kunjungan terakhir kepada keluarga binaan yang sama.

$$\text{Efektivitas Kunjungan (\%)} = \frac{\text{Jumlah Peserta Binaan (yg melunasi tunggakan)}}{\text{Jumlah binaan yang dikunjungi \& diedukasi}}$$

c. Produktivitas Kader

Produktivitas per Kader dapat dihitung dengan cara capaian tunggakan iuran yang tertagih dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan (bulanan ataupun triwulanan).

$$\text{Produktivitas/Kader} = \frac{\text{Jumlah tunggakan terkumpul dalam (Rp)}}{\text{Target Yang Ditetapkan (Rp)}}$$

Catatan:

Kantor Cabang pengelola program dapat menetapkan target lainnya (selain indikator sebagaimana tersebut diatas) sebagai standard capaian kinerja Kader periodik (dengan persetujuan Kader), yang kemudian dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama Kemitraan dan dilakukan evaluasi monitoring secara berkala atas capaian target yang telah ditetapkan tersebut.

Berikut contoh perhitungan kinerja Kader:

Kader Jupri memiliki jumlah keluarga binaan sebanyak 450 KK, telah melaksanakan kunjungan dan edukasi melalui nomor WA terdaftar setiap hari kepada 200 KK binaan sejak awal bulan September sampe tanggal 25 September 2021, dan sebanyak 125 KK telah melunasi tunggakan iurannya, dengan total tunggakan sebesar Rp.15.650.000,- maka perhitungan kinerja Kader Jupri bulan September 2021 adalah sebagaimana tabel berikut ini:

Nama	Target per Triwulan	Kinerja Edukasi/Kunjungan			Penilaian Kinerja Fungsi Pengingat Iuran			
		Jml KK Binaan	Dikunjungi/ edukasi	Yg membayar	Binaan Diedukasi	Binaan Diedukasi & Membayar	Tunggakan Terkumpul (Rp)	Capaian Atas Target
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f=d/c</i>	<i>g=e/d</i>	<i>h</i>	<i>i=h/b</i>
Jupri	30.000.000	450	200	125	44%	63%	15.650.000	52%

Dari tabel tersebut dapat dilihat capaian kinerja Kader Jupri untuk bulan Oktober, sebagai berikut:

- (a) Kinerja edukasi/kunjungan kepada binaannya = 44% dari total binaan
- (b) Kinerja efektivitas edukasi/kunjungan = 63%
- (c) Kinerja fungsi pengingat iuran = 52% dari target triwulanan

Kinerja Kantor Cabang pengelola program, dapat diukur dengan beberapa kriteria penilaian antara lain:

a. Produktivitas Kader per Kantor Cabang Pengelola Program

Produktivitas Kader dapat dihitung dengan capaian total tunggakan iuran tertagih dibandingkan dengan rata-rata jumlah kader yang aktif menjalankan aktivitas tugas dan fungsinya dalam periode waktu tertentu.

b. Capaian atas target

Kinerja ini dihitung dengan membandingkan total tunggakan iuran yang berhasil ditagih oleh Kader dengan target yang ditetapkan untuk seluruh Kader yang terdaftar dalam suatu periode tertentu (target ditetapkan oleh Direktorat Keuangan dan Investasi).

c. Pertumbuhan (*growth*) capaian tunggakan tertagih

Kinerja ini dihitung dengan membandingkan pertumbuhan capaian kinerja tunggakan iuran yang berhasil tertagih atas hasil kinerja Kader periode saat ini yang dibandingkan dengan periode sebelumnya.

Berikut contoh perhitungan kinerja Kantor Cabang pengelola program:

Kantor Cabang “XX” mengelola program Kader JKN dan telah melaksanakan perjanjian kemitraan dengan 5 orang Kader per 01 Januari 2021. Pada triwulan II/2021, Kadernya telah berhasil menagih tunggakan iuran sebesar Rp.105.200.000,- berikut rincian kinerja masing-masing Kader untuk triwulan III/2021:

No	Nama	Target per Triwulan	KK Binaan			Kinerja Kunjungan/edukasi			KK binaan Membayar			Tunggakan Tertagih
			Jul	Agust	Sept	Jul	Agust	Sept	Jul	Agust	Sept	
1	Andani	30.000.000	500	450	440	40	50	70	20	10	10	35.000.000
2	Budi	30.000.000	400	425	390	50	40	60	10	10	10	20.500.000
3	Jupri	30.000.000	450	400	440	-	60	75	-	5	5	45.000.000
4	Marisa	30.000.000	350	350	300	100	50	-	10	5	-	5.000.000
5	Prapto	30.000.000	200	250	350	50	-	-	5	-	-	10.000.000
Total/Rata-Rata:			380	375	384	48	40	41	45	30	25	115.500.000

Maka penilaian kinerja Kader JKN pada Kantor Cabang “XX” selama triwulan III/2021 adalah sebagai berikut:

No	KC	Target per Triwulan	Jumlah Kader (Rata-Rata)		KK Binaan (Rata-Rata)			Kinerja Kunjungan/edukasi			KK binaan Membayar			Tunggakan Tertagih
			Terdaftar	Aktif	Jul	Agust	Sept	Jul	Agust	Sept	Jul	Agust	Sept	
1	XX	150.000.000	5	4	380	375	384	48	40	41	45	30	25	115.500.000
			Efektivitas Kunjungan/edukasi:								94%	75%	61%	

Produktivitas Kader KC “XX” = $\frac{\text{Rp.115.500.000}}{4 \text{ kader}}$ = Rp.9.625.000/Kader/bulan

Capaian atas target = $\frac{\text{Rp. 115.500.000}}{\text{Rp. 150.000.000}}$ = 77%

Pertumbuhan (*Growth*) = $\frac{\text{Rp. 115.500.000}}{\text{Rp. 105.200.000}}$ = 110%


3. Penilaian Kinerja Kader JKN-KIS Akhir Tahun

Setiap akhir tahun, kinerja Kader JKN-KIS akan dinilai secara keseluruhan sebagai dasar perpanjangan Perjanjian Kerja Sama Kemitraan untuk tahun berikutnya, mencakup penilaian capaian edukasi kepada keluarga binaan, capaian atas target penagihan tunggakan iuran, dan lainnya sebagainya. Namun demikian, penilaian



kinerja Kader sebagai dasar perpanjangan Perjanjian Kerja Sama Kemitraan tidak terbatas pada hasil penilaian pada poin (2) tersebut diatas, dapat ditambahkan juga dengan mempertimbangkan nilai inovasi, hasil observasi, kepatuhan ataupun adanya pelanggaran atas kode etik Kader JKN-KIS serta penilaian lain yang relevan (contoh tabel kertas kerja untuk membantu penilaian kinerja setiap Kader pada halaman format).

I. Aparatus Kader JKN-KIS

Aparatus Kader JKN-KIS-KIS adalah merupakan instrumen/kelengkapan sebagai identitas resmi Kader JKN-KIS, yang harus dipergunakan, dipakai dan dibawa oleh Kader saat melaksanakan setiap aktivitas dalam menjalankan fungsi-fungsinya. Penggunaan aparatus saat Kader bertugas di lapangan bertujuan agar memudahkan dan memastikan peserta dapat mengenali secara langsung Kader JKN-KIS dan juga sebagai salah satu bentuk mitigasi atas resiko-resiko yang mungkin dihadapi Kader yang berimbas pada reputasi BPJS Kesehatan, misalnya penyalahgunaan kewenangan, penipuan oknum-oknum tidak bertanggungjawab, Kader palsu, dan lain-lain. Aparatus Kader JKN-KIS antara lain terdiri dari:

No	JENIS APARATUS	SPESIFIKASI
1.	Topi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran topi standard • Warna dasar = Putih • Tulisan “Kader JKN-KIS” dan “BPJS Kesehatan” dibordir pada permukaan topi
2.	Rompi (Vest)	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran rompi All size atau disesuaikan dengan kebutuhan • Warna dasar = Coklat Tan • Bahan = Kanvas tebal • Tulisan “Kader JKN-KIS” dibordir pada bagian dada sebelah kiri • Tulisan “BPJS Kesehatan” dibordir pada bagian punggung/belakang atas

		
3.	<p>Pin</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran pin = Diameter ± 5 cm • Warna dan desain standard, dikaitkan dengan peniti. • Tulisan “Kader JKN-KIS Siap Membantu Anda” dicetak pada permukaan Pin • Bahan : Doff
4.	<p>Tanda Pengenal (ID-Card)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Desain dan warna sesuai desain terlampir • Ukuran tanda pengenal standard seperti tanda pengenal BPJS Kesehatan.
5.	<p>Buku Saku</p>  <p>Catatan: Care Center 165</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran = ± 16 cm x 12 cm • Desain dan warna disesuaikan dengan desain yang telah ditentukan. • Jilid spiral warna putih. <p>Buku saku berisi tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> Produk Knowledge, Informasi terkait program JKN dan BPJS Kesehatan dalam memudahkan Kader menjelaskan kepada peserta. Frequently Asked Question (FAQ), informasi yang berisi pertanyaan yang sering menjadi pertanyaan peserta dan

		<p>memudahkan Kader dalam menjawab dengan pertanyaan yang sama.</p> <p>c. Aktivitas Harian Kader JKN-KIS, informasi bagi Kader JKN-KIS dalam menjalankan tugas dan aktivitas sehari-hari sehingga menunjang bagi pencapaian target kerja dan kemudahan mengelola aktivitas secara rutin.</p> <p>d. Hak dan Kewajiban, informasi bagi Kader JKN-KIS dalam mengetahui apa yang menjadi hak dan kewajibannya sehingga diharapkan Kader JKN-KIS dapat menjadi mitra ideal BPJS kesehatan.</p> <p>Kantor Cabang wajib menyediakan Buku Saku dan/atau informasi dalam bentuk media lainnya, yang dapat membantu Kader menjalankan aktivitasnya di lapangan.</p>
6.	<p>Surat Tugas</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Surat tugas merupakan surat resmi yang diberikan BPJS Kesehatan kepada Kader untuk disampaikan / ditunjukkan kepada peserta bahwa yang bersangkutan adalah mitra BPJS Kesehatan secara resmi dan melaksanakan tugas dan fungsinya terkait program JKN. Surat tugas wajib dibawa saat melaksanakan tugas di lapangan
7.	<p>Sertifikat</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Diberikan kepada Kader JKN-KIS yang: <ul style="list-style-type: none"> a. Telah menyelesaikan kegiatan pembekalan (awal rekrutmen); b. menyelesaikan kegiatan pelatihan lainnya; dan/atau c. berprestasi dalam suatu periode tertentu.

Dalam rangka mengikuti himbauan pemerintah mengingat masih berlangsungnya pandemi covid-19, maka terdapat aparatus tambahan yang sifatnya wajib digunakan Kader saat beraktivitas di lapangan, yaitu *safety kits* yang terdiri dari:

1. Masker, dengan spesifikasi mengikuti anjuran pemerintah;
2. Pelindung wajah (*face shield*), jika kader diharuskan berkomunikasi secara langsung; dan
3. Cairan pembersih tangan (*Hand Sanitizer*), yang wajib dibawa dan dipergunakan setelah melaksanakan aktivitas, sebagai alternatif pengganti mencuci tangan dengan sabun.

J. Bagian Format

1. Format Perjanjian Kerja Sama Kemitraan

PERJANJIAN KERJA SAMA KEMITRAAN ANTARA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
KANTOR CABANG (.....)
DENGAN
..... (nama kader)
TENTANG
KADER JAMINAN KESEHATAN NASIONAL – KARTU INDONESIA SEHAT
Nomor:/.....

Perjanjian Kerjasama Kemitraan Kader Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat dibuat di (.....) pada hari tanggal (.....) bulan (.....) tahun (.....) (... - ... - 20....) oleh dan antara:

- I. (.....) selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang (.....) yang berkedudukan dan berkantor di (.....), dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan (.....) Nomor: (.....) tanggal (.....) karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan, selanjutnya disebut "PIHAK PERTAMA"; dengan
- II. (Nama Pekerja), (Jenis Kelamin), (Tempat/Tanggal Lahir), (Usia), No.KTP: [.....] bertempat tinggal di [Alamat Sesuai KTP], [Kelurahan], [Kecamatan] [Kotamadya] dalam hal ini bertindak untuk dan atas namanya sendiri, selanjutnya disebut "PIHAK KEDUA".

Selanjutnya PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA secara bersama-sama disebut "PARA PIHAK"

PARA PIHAK terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

- A. Bahwa sesuai dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor Tahun 2017 tentang Pedoman Implementasi Kader Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan menjalin hubungan kemitraan dengan Kader Jaminan Kesehatan Nasional untuk menjalankan berbagai fungsi didalam optimalisasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.
- B. Bahwa PIHAK KEDUA secara sukarela dan beritikad baik ingin menjadi mitra BPJS Kesehatan sebagai Kader Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.

Berdasarkan pertimbangan tersebut diatas, PARA PIHAK dengan ini setuju dan sepakat dengan itikad baik untuk saling terikat dalam Perjanjian Kerjasama Kemitraan tentang Kader Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat untuk selanjutnya disebut "Perjanjian" dengan ketentuan sebagai berikut:

PASAL 1 DEFINISI DAN INTERPRETASI

Kecuali ditentukan lain dalam Perjanjian ini, istilah-istilah dan frase-frase dibawah ini memiliki pengertian-pengertian sebagai berikut:

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan untuk selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah Badan Hukum Publik yang dibentuk oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional serta bertanggung jawab langsung kepada Presiden Republik Indonesia;
3. Kader Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat untuk selanjutnya disebut Kader JKN-KIS adalah individu yang bekerjasama sebagai mitra BPJS Kesehatan berdasarkan hubungan kemitraan yang menjalankan sebagian fungsi BPJS Kesehatan dalam suatu wilayah tertentu;
4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran;
5. Pekerja Bukan Penerima Upah untuk selanjutnya disebut PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas resiko sendiri;
6. Kemitraan adalah hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antara PARA PIHAK dalam mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan;
7.

PASAL 2 MAKSUD DAN TUJUAN

PARA PIHAK bermaksud menjalin hubungan kemitraan dengan tujuan mengoptimalkan kolektabilitas iuran, sosialisasi/edukasi, pertumbuhan Peserta PBPU.

PASAL 3 HUBUNGAN KERJA

- (1) PARA PIHAK menyetujui dan memahami bahwa Perjanjian ini tidak terdapat dan tidak seharusnya diartikan menciptakan suatu hubungan kerja antara PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Ketenagakerjaan, melainkan suatu hubungan kemitraan sebagaimana dimaksud dalam Perjanjian ini.
- (2) Atas dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas maka PIHAK KEDUA membebaskan PIHAK PERTAMA dari segala ganti rugi, tuntutan, dan/atau gugatan untuk mengangkat sebagai pegawai dan/atau hak yang timbul atas hubungan kerja.

PASAL 4 PELAKSANAAN FUNGSI

8. Fungsi yang ditugaskan PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA antara lain sebagai berikut:

- a. Melaksanakan Fungsi Edukasi dan Pengingat Iuran;
 - b. Melaksanakan Fungsi Sosialisasi dan Edukasi;
 - c. Melaksanakan Fungsi Pemberi informasi, menerima keluhan, dan pendampingan pelayanan Kesehatan (informasi, edukasi dan koordinasi pelayanan keluhan).
9. PIHAK KEDUA setuju serta bersedia dan sanggup untuk bekerja melaksanakan semua tugas dan/atau kewajiban yang dibebankan oleh PIHAK PERTAMA dengan penuh dedikasi dan tanggung jawab;
 10. PIHAK KEDUA bersedia melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di seluruh wilayah kerja PIHAK PERTAMA dan akan mematuhi serta akan melaksanakan semua kewajiban dan tugas-tugas yang dibebankan dan ditetapkan oleh PIHAK PERTAMA;
 11. Ketentuan lebih lanjut mengenai ayat (1) dituangkan dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan Perjanjian ini.

PASAL 5 JANGKA WAKTU PERJANJIAN

PARA PIHAK sepakat bahwa jangka waktu hubungan kerja berdasarkan Perjanjian ini adalah..... bulan terhitung sejak sampai dengan 31 Desember

PASAL 6 PEMBIAYAAN

1. PARA PIHAK setuju dan sepakat atas pelaksanaan Perjanjian ini PIHAK KEDUA diberikan Imbalan Jasa oleh PIHAK PERTAMA.
 7. Besaran imbal jasa..... sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebesar
- (catatan: disesuaikan dengan Surat Keputusan Direksi BPJS Kesehatan)

PASAL 7 PAJAK

Segala Pajak yang timbul atas Perjanjian ini menjadi kewajiban masing-masing PIHAK sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

PASAL 8 HAK DAN KEWAJIBAN

Tanpa mengurangi hak dan kewajiban **PARA PIHAK** yang diatur dalam pasal-pasal lainnya dalam Perjanjian ini, maka hak dan kewajiban **PARA PIHAK** sebagai berikut:

1. PIHAK PERTAMA berhak untuk:

- a. Mendapatkan laporan aktivitas dan pencapaian kegiatan PIHAK KEDUA sebagai bahan monitoring dan evaluasi;
- b. Mendapatkan laporan secara periodik;
- c. dan seterusnya.

2. PIHAK PERTAMA berkewajiban untuk:

- a. Melakukan pelatihan dan informasi kebijakan seputar BPJS Kesehatan;
- b. memberikan imbal jasa sebagaimana dimaksud pada Pasal 6 ayat (1);
- c. memberikan *product knowledge* mengenai kepesertaan, pelayanan dan kanal pembayaran serta informasi lainnya yang relevan;
- d. memberikan materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) berupa buku saku terkait *product knowledge* mengenai kepesertaan, pelayanan dan kanal pembayaran, leaflet mengenai hak dan kewajiban peserta, daftar fasilitas kesehatan, jadwal program promotif preventif dan bentuk informasi lainnya yang relevan;
- e. memberikan aparatus atau tanda pengenal khusus sebagai Kader JKN-KIS;
- f. memberikan daftar peserta binaan berdasarkan hasil pemetaan peserta PBPU yang menunggak *by name by address* per tingkat desa/kelurahan;
- g. memberikan buku saku sebagai buku khusus pendukung dalam melaksanakan tugas sebagai Kader JKN-KIS;
- h. memberikan simulasi dan *best practice sharing* atas aktivitas Kader JKN-KIS;
- i. membentuk grup media sosial Kader JKN-KIS dan Kantor Cabang;
- j. memberikan simulasi pelaporan secara rutin pada kegiatan evaluasi periodik;
- k. memberikan umpan balik atas kinerja Kader JKN-KIS secara kontinyu dan periodik.

3. PIHAK KEDUA berhak untuk:

- a. Mendapatkan pelatihan dan *update* informasi seputar BPJS Kesehatan secara kontinyu dan periodik;
- b. menerima imbal jasa sebagaimana dimaksud Pasal 6 ayat (1) berdasarkan hasil kinerja;
- c. menerima *product knowledge* mengenai kepesertaan, pelayanan dan kanal pembayaran serta informasi lainnya yang relevan;
- d. menerima materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi berupa buku saku terkait *product knowledge* mengenai kepesertaan, pelayanan dan kanal pembayaran, leaflet mengenai hak dan kewajiban peserta, daftar faskes, jadwal program promotif preventif dan bentuk informasi lainnya yang relevan;
- e. mendapatkan aparatus atau tanda pengenal khusus sebagai Kader JKN-KIS;
- f. mendapatkan daftar peserta binaan berdasarkan hasil pemetaan peserta PBPU yang menunggak *by name by address* per tingkat desa/kelurahan;
- g. mendapatkan buku saku sebagai buku khusus pendukung dalam melaksanakan tugas sebagai Kader JKN-KIS;
- h. mendapatkan simulasi dan *best practice sharing* atas aktivitas Kader JKN-KIS;

- i. bergabung dalam grup media sosial kader dan Kantor Cabang;
- j. mendapatkan simulasi pelaporan secara rutin setiap pertemuan evaluasi rutin;
- k. mendapatkan umpan balik atas hasil kinerja Kader secara periodik;

4. PIHAK KEDUA berkewajiban untuk:

- a. Mengingat dan membantu pembayaran iuran peserta binaan Kader JKN-KIS, sebagai fokus utama;
- b. wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan dan tidak ada tunggakan iuran;
- c. Melakukan sosialisasi kepada peserta secara perorangan maupun berkelompok dengan melampirkan daftar hadir peserta sosialisasi. Berikut isi materi sosialisasi :
 - 1) Sosialisasi tentang JKN yaitu program pemerintah untuk memberikan layanan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia berdasarkan asas gotong royong;
 - 2) Hak dan kewajiban peserta;
 - 3) Prosedur mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan yang bekerja sama;
 - 4) Iuran dan tata cara pembayaran (saluran pembayaran, waktu pembayaran, denda pembayaran);
 - 5) Petunjuk pindah kelas rawat dan perubahan FKTP; dan
 - 6) Materi lain yang relevan dengan program JKN.
- d. Melaporkan kegiatan sosialisasi (kelompok/kunjungan) sebagai dasar perhitungan imbalan jasa dengan melampirkan dokumen di bawah ini :
 - 1) Daftar kunjungan ke peserta dan calon peserta (formulir C);
 - 2) Daftar hadir peserta dan calon peserta sosialisasi kelompok (formulir dibuat oleh KC);
 - 3) Foto kegiatan sosialisasi dan kegiatan kunjungan.
- d. Memenuhi undangan Kantor Cabang untuk kegiatan monitoring dan evaluasi yang diselenggarakan secara periodik baik secara luring ataupun daring;
- e. Memenuhi undangan Kedeputan Wilayah untuk kegiatan monitoring dan evaluasi yang diselenggarakan baik secara luring ataupun daring;
- f. Mengikuti pertemuan koordinasi dengan BPJS Kesehatan yang diselenggarakan baik secara luring ataupun daring;
- g. Memberikan laporan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan (cut off tanggal 25 setiap bulannya);
- h. Memiliki rekening tabungan pada salah satu bank mitra BPJS Kesehatan;
- i. Tunduk kepada peraturan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan;
- j. Mengelola data peserta baru dan peserta lama sebagai alat bantu pengingat dan pengumpul iuran;
- k. Melayani dengan sikap senyum, sapa, dan salam;
- l. Memberikan informasi secara jelas dan tidak menyesatkan kepada pihak lain yang memerlukan informasi;
- m. Tidak menerima imbalan dari peserta dalam bentuk apapun;
- n. Menggunakan aparatus Kader JKN-KIS minimal tanda pengenal dan surat tugas (kewajiban digunakan selama bertugas);

- o. Memenuhi kriteria penilaian kinerja yang diberikan oleh BPJS Kesehatan terkait dengan *reward* dan *punishment* sebagai evaluasi dalam periode triwulan. Kriteria pencapaian kinerja meliputi pelaporan, keaktifan dan target yang diberikan;
- p. Tetap melaporkan secara manual kegiatan pelaksanaan sehari-hari apabila terjadi kendala aplikasi dalam pelaporan aktivitas Kader JKN-KIS.

PASAL 9 PENILAIAN KINERJA

1. Setiap saat selama Jangka Waktu Perjanjian PIHAK PERTAMA berhak untuk melakukan evaluasi atas kinerja PIHAK KEDUA.
2. PIHAK PERTAMA berhak untuk melakukan penilaian kinerja PIHAK KEDUA sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) bulan selama jangka waktu perjanjian sebagaimana dimaksud pada Pasal 5.
3. Penilaian kinerja dilakukan dengan mempertimbangkan termasuk tetapi tidak terbatas pada:
 - a. Laporan-laporan;
 - b. Pelaksanaan Fungsi-fungsi;
 - c. Observasi;
 - d. Supervisi; dan
 - e. Pelanggaran atau Penyalahgunaan wewenang PIHAK KEDUA;
4. Hasil evaluasi atas kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi salah satu pertimbangan bagi PIHAK PERTAMA untuk keberlangsungan hubungan kemitraan dengan PIHAK KEDUA.

PASAL 10 PENGAKHIRAN PERJANJIAN

1. Pengakhiran jangka waktu Perjanjian sebagaimana dimaksud pada Pasal 5 ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
 - a. Jangka waktu perjanjian telah berakhir; atau
 - b. Jangka waktu perjanjian belum berakhir.
2. Pengakhiran Perjanjian sebelum habis jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dapat dibatalkan dan atau diakhiri oleh PIHAK PERTAMA tanpa menggunakan ketentuan Pasal 1266 dan Pasal 1267 KUH Perdata setiap saat sebelum Jangka Waktu Perjanjian berakhir, dalam hal:
 - a. PIHAK KEDUA tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya;
 - b. PIHAK KEDUA dengan sengaja atau karena kelalaian melakukan perbuatan yang secara langsung atau tidak langsung dapat menimbulkan kerugian, merusak nama baik, derajat atau martabat PIHAK PERTAMA; dan/atau
 - c. Penilaian kinerja PIHAK KEDUA sebagaimana dimaksud pada Pasal 9 menunjukkan hasil

3. Dalam hal terjadinya Pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) PIHAK PERTAMA tidak mempunyai kewajiban untuk:
 - a. Memberikan PIHAK KEDUA atas uang penghargaan masa kerja dan atau Uang Pesangon;
 - b. Mengangkat PIHAK KEDUA menjadi Calon Pegawai/Pegawai tetap BPJS Kesehatan kecuali melalui prosedur pengangkatan Pegawai berdasarkan ketentuan yang berlaku di BPJS Kesehatan;
 - c.
4. Dalam hal terjadinya Pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) PIHAK KEDUA mempunyai kewajiban untuk:
 - a. Mengembalikan aparatus atau tanda pengenal sebagai Kader JKN-KIS;
 - b.
5. Pengakhiran berlaku efektif secara seketika pada tanggal surat pemberitahuan pengakhiran dari PIHAK PERTAMA.

PASAL 11

PERSELISIHAN

1. Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat yang timbul sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan terlebih dahulu secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.
2. Apabila penyelesaian secara musyawarah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) Pasal ini tidak berhasil mencapai mufakat, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan Negeri (.....).

PASAL 12

KERAHASIAAN

1. **PARA PIHAK** dengan ini menyatakan sepakat melaksanakan kewajibannya sehubungan dengan informasi rahasia yang diungkapkan, selama berlangsungnya dan setelah berakhirnya Perjanjian Kerja Sama, tidak akan membuka, mengungkapkan, menyiarkan dan/atau menyebar luaskan semua data, termasuk namun tidak terbatas pada informasi, keterangan dan dokumen-dokumen penting lainnya baik *hardcopy* maupun *softcopy*, tertulis ataupun lisan yang diterima oleh **PARA PIHAK** kepada pihak lain, baik secara langsung atau tidak langsung, selama pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama (untuk selanjutnya disebut "informasi rahasia").
2. **PARA PIHAK** sepakat untuk menjaga kerahasiaan segala data, informasi, dan keterangan yang diperoleh berkaitan dengan Perjanjian Kerja Sama ini, kecuali informasi yang sifatnya sudah diketahui oleh umum atau sepatutnya sudah diketahui oleh umum atau sepatutnya dikategorikan sebagai informasi yang dapat diketahui oleh masyarakat luas atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut.
4. **PARA PIHAK** dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian Kerja Sama ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian Kerja Sama ini, kepada pihak lainnya baik yang berupa badan hukum atau perorangan, kecuali:
 - a. kepada instansi pemerintah yang berwenang mengatur atau mengeluarkan izin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian Kerja Sama ini;
 - b. informasi tersebut yang saat ini atau sewaktu-waktu di kemudian hari dapat menjadi atau tersedia untuk masyarakat umum;
 - c. diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian Kerja Sama Kemitraan ini;
 - d. menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus disampaikan kepada pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut, dan/atau untuk perbaikan Program Jaminan Kesehatan secara keseluruhan.
5. **PARA PIHAK** sepakat menjaga etika dan kepatutan dalam penggunaan setiap data dalam berkomunikasi dan berkorespondensi;
6. Pihak yang memanfaatkan segala data, informasi, dan keterangan yang diperolehnya bertanggung jawab secara penuh apabila melakukan pelanggaran terhadap Perjanjian Kerja Sama ini dan/atau perbuatan lain yang terkategori perbuatan pidana dan/atau perbuatan melawan hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada kebocoran data yang patut diduga karena penyalahgunaan data, yang dapat mengakibatkan kerugian dan/atau permasalahan hukum atas perbuatan tersebut.
7. Pihak penerima data membebaskan Pihak pemberi data dari segala tuntutan hukum akibat pelanggaran atas ketentuan dalam Perjanjian Kerja Sama ini yang dilakukan oleh Pihak penerima data, pegawainya maupun pelaksana yang ditunjuk.

PASAL 13 KORESPONDENSI

1. Semua surat-menyurat atau pemberitahuan-pemberitahuan atau pernyataan-pernyataan atau persetujuan-persetujuan yang wajib dan perlu dilakukan oleh salah satu Pihak kepada Pihak lainnya dalam pelaksanaan Perjanjian ini, harus dilakukan

secara tertulis dan disampaikan secara langsung atau melalui faksimile dan dialamatkan kepada:

PIHAK PERTAMA:

BPJS Kesehatan Kantor ... U.p. Kepala ...

Jl. ...

Tlp. (...) ... Fax. (...) ...

PIHAK KEDUA:

Jl. ...

Telp. (...) ... Fax. (...) ...

Pemberitahuan yang diserahkan secara langsung dianggap telah diterima pada hari penyerahan dengan bukti tanda tangan penerimaan pada buku ekspedisi atau buku tanda terima pengiriman, pengiriman melalui telex atau faksimile dianggap telah diterima pada saat telah diterima kode jawabannya (*answerback*) pada pengiriman telex dan konfirmasi faksimile pada pengiriman faksimile, sedangkan pengiriman melalui email dianggap telah diterima setelah salah satu pihak mengkonfirmasi ke pihak lainnya dengan menggunakan sarana telekomunikasi.

2. Perubahan alamat sebagaimana tercantum dalam ayat (1) di atas akan diberitahukan secara tertulis dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

PASAL 14

LAIN-LAIN

1. Perjanjian ini beserta lampiran-lampirannya, perubahan-perubahannya, penambahan- penambahannya, penggantian-penggantiannya, dan/atau pembaharuan-pembaharuannya merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan;
2. Hal-hal yang tidak atau belum cukup diatur atau adanya perubahan serta penambahan dalam Perjanjian ini akan ditetapkan oleh Para Pihak secara musyawarah dengan membuat suatu addendum tersendiri yang merupakan satu kesatuan dan tidak dapat dipisahkan dengan Perjanjian ini;
3. Perjanjian ini tidak dapat dialihkan oleh salah satu Pihak tanpa persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Pihak lainnya. Setiap usaha untuk mengalihkan suatu hak, tugas dan kewajiban masing-masing Pihak sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Perjanjian ini tanpa persetujuan dari masing-masing Pihak adalah tidak sah.

4. Perjanjian ini dibuat dalam rangkap 3 (tiga), dimana rangkap pertama dan kedua bermeterai cukup, dan mempunyai kekuatan hukum yang sama. Rangkap pertama dan ketiga dipegang oleh PIHAK PERTAMA, sedang rangkap kedua dipegang oleh PIHAK KEDUA.

PIHAK PERTAMA
BPJS KESEHATAN
KANTOR CABANG (.....)

PIHAK KEDUA

.....

.....

Inisial konseptor /pengetik/.....

2. Format Surat Keterangan Kebersediaan Menjadi Kader JKN-KIS

**SURAT KETERANGAN KEBERSEDIAAN MENJADI KADER JKN-KIS
SEBAGAI MITRA BPJS KESEHATAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : (sesuai
KTP).....

NIK :
.....

Pekerjaan :
.....

Alamat : (sesuai KTP)
.....

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya bersedia secara sukarela menjadi Kader JKN-KIS sebagai mitra BPJS Kesehatan selama bulan dengan tujuan mengoptimalkan kolektabilitas iuran dan sosialisasi/edukasi;
2. Saya menyetujui dan memahami hubungan yang terjalin dengan BPJS Kesehatan adalah **hubungan kemitraan yang bersifat sukarela** dan tidak seharusnya diartikan menciptakan suatu hubungan kerja sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Ketenagakerjaan, sehingga di kemudian hari tidak akan mengajukan tuntutan, gugatan atau hal-hal lain yang dapat merugikan BPJS Kesehatan;
3. Saya bersedia melaksanakan tugas dan fungsi sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku secara jujur, berintegritas dan professional untuk memberikan yang terbaik bagi keberhasilan program Jaminan Kesehatan Nasional;
4. Saya bersedia menerima imbal jasa dalam melaksanakan tugas dan fungsi Kader Jaminan Kesehatan Nasional yang diberikan oleh BPJS Kesehatan;
5. Saya bersedia mempertanggungjawabkan secara hukum apabila saya sebagai Kader JKN-KIS yang bermitra dengan BPJS Kesehatan melakukan pungutan liar, penggelapan, pemalsuan, penipuan dan/atau perbuatan lain yang terkatagori perbuatan pidana yang patut diduga karena menyalahgunakan penunjukan sebagai Kader Jaminan Kesehatan Nasional;
6. Saya bersedia mengembalikan aparatus dan/atau tanda pengenal apabila saya tidak lagi menjadi Kader JKN-KIS.

Surat Keterangan ini saya buat dengan sebenarnya dan dibuat dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Apabila pernyataan ini tidak benar, maka saya sanggup menanggung segala risiko sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Mengetahui
Kepala Desa/Lurah

.....
(Nama dan tanda tangan)

.....
(Nama dan tanda tangan)

3. Format Pakta Integritas

PAKTA INTEGRITAS KADER JAMINAN KESEHATAN NASIONAL-KARTU INDONESIA SEHAT SEBAGAI MITRA BPJS KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (sesuai KTP).....
Pekerjaan :
Alamat : (sesuai KTP)

Menyatakan bahwa saya akan melaksanakan ketentuan sebagai berikut:

1. Bersedia melaksanakan tugas dan fungsi sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku secara jujur, berintegritas dan profesional untuk memberikan yang terbaik bagi keberhasilan program Jaminan Kesehatan Nasional;
2. Bersedia mematuhi dan melaksanakan Kode Etik Kader JKN-KIS yang telah ditetapkan BPJS Kesehatan;
3. Bersedia menjunjung tinggi tata nilai organisasi BPJS Kesehatan yaitu.....;
4. Bersedia tidak membocorkan ataupun mengungkapkan kepada pihak lain sebagian atau seluruh informasi dan data yang terkait dengan pelaksanaan implementasi program Kader Jaminan Kesehatan Nasional, baik yang diketahui dan/atau dipertukarkan selama berlakunya dan sesudah berakhirnya hubungan kemitraan dengan BPJS Kesehatan. Informasi dan data diperlakukan sebagai informasi rahasia, dan tidak akan diberikan kepada pihak lain dengan alasan apapun tanpa persetujuan tertulis dari BPJS Kesehatan;
5. Bersedia mempertanggungjawabkan secara hukum apabila saya sebagai Kader JKN-KIS yang bermitra dengan BPJS Kesehatan melakukan pungutan liar, penggelapan, pemalsuan, penipuan dan/atau perbuatan lain yang terkatagori perbuatan pidana dan/atau perbuatan melawan hukum yang patut diduga karena menyalahgunakan penunjukan sebagai Kader JKN-KIS.

Demikian Pakta Integritas ini saya buat, bila saya melanggar hal-hal tersebut diatas dan/atau tidak dapat menjalankan tugas dan fungsi yang diamanahkan kepada saya, maka saya bersedia menerima sanksi baik pidana atau bukan, serta siap menghadapi segala konsekuensinya dan siap diberhentikan sebagai Kader JKN-KIS.

.....,/...../2021

.....
(Nama dan tanda tangan)

4. Format Surat Tugas Kader JKN-KIS

SURAT TUGAS

Nomor:/...../...../xx21

Berdasarkan Perjanjian Kerjasama Kemitraan Nomor tertanggal..... ,
bersama ini saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
NPP :
Jabatan : Kepala Cabang

MENUGASKAN

Nama :
NIK :
Sebagai : Kader JKN-KIS
Wilayah Tugas :

Untuk melaksanakan :

1. Mengingat dan menyampaikan surat tagihan tunggakan iuran JKN kepada Peserta binaan;
2. Membantu pembayaran iuran melalui mekanisme PPOB;
3. Melaksanakan kegiatan sosialisasi dan edukasi tentang Program JKN-KIS, antara lain:
 - a. Pembayaran dan denda pelayanan akibat tunggakan iuran;
 - b. Tempat-tempat pembayaran iuran;
 - c. Sistem rujukan berjenjang;
 - d. Manfaat yang diberikan oleh puskesmas, klinik, dokter gigi dan rumah sakit;
4. Membantu menjawab pertanyaan dan keluhan peserta binaan.

Surat Tugas ini berlaku .. (.....) bulan sejak ditandatanganinya atau paling lambat pada tanggal 2021.

Demikian Surat Tugas ini diberikan untuk dilaksanakan sebaik-baiknya serta dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., 2021

Kepala Cabang

.....

Tembusan:

1. Kecamatan
2. Kelurahan ... / Kepala Desa.....

5. Format Penilaian Kinerja Kader JKN-KIS (CONTOH)

**TABEL EVALUASI KINERJA KADER JKN-KIS
BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG.....**

Nama Kader :
Periode : (Dapat dilaksanakan : Bulanan/Triwulan/Semesteran/Tahunan)

No	Poin Penilaian	Bobot	Definisi Kriteria Penilaian Kinerja Kader	Hasil Kinerja	Nilai	Total Nilai (Bobot x Nilai)
1	2	3	4	5	6	7=3x6
1.	Edukasi & Kunjungan	45%	Melaksanakan aktivitas edukasi & kunjungan ke rumah peserta binaan (Target= KK/bulan) Kriteria Penilaian, sebagai berikut: Nilai = 50 (apabila kunjungan < 50% dari target yang telah ditetapkan) Nilai = 80 (apabila kunjungan 51% - 80% dari target bulanan) Nilai = 100 (apabila kunjungan 81% - 100% dari target bulanan yang telah ditentukan) Nilai = 120 (apabila kunjungan > 100% dari target per bulan yang ditentukan)	85% dari target	100	45
2.	Tunggakan Iuran Tertagih	45%	Perbandingan capaian atas target yang telah ditetapkan (Rp30 juta/triwulan) Kriteria Penilaian, sebagai berikut: Nilai = 50 (apabila capaian tunggakan tertagih >80,00% dari target yang ditetapkan) Nilai = 80 (apabila capaian tunggakan tertagih 80,01% s.d 95% dari target yang ditetapkan) Nilai = 100 (apabila capaian tunggakan tertagih 95,01% s.d 100% dari target yang ditetapkan) Nilai = 120 (apabila capaian tunggakan tertagih >100% dari target yang ditetapkan)	Rp.114.000.000 95%	80	36
3.	Pelaporan	5%	Penyampaian laporan pada batas waktu yang telah ditentukan Kriteria Penilaian, sebagai berikut: Nilai = 50 (apabila laporan disampaikan lebih lambat >1 hari dari tenggat waktu yang telah ditentukan) Nilai = 80 (apabila laporan disampaikan lebih lambat 1 hari dari tenggat waktu yang telah ditentukan) Nilai = 100 (apabila laporan disampaikan sama dengan tenggat waktu yang telah ditentukan) Nilai = 120 (apabila laporan disampaikan lebih cepat dari tenggat waktu yang telah ditentukan)	Rata-rata: Tepat waktu	100	5
4.	Aktivitas Sosialisasi Kelompok	0%	Melaksanakan aktivitas sosialisasi kelompok di daerah binaan (offline) Kriteria Penilaian, sebagai berikut: Nilai = 0 (apabila sama sekali tidak melaksanakan kegiatan sosialisasi kelompok dalam 12 bulan) Nilai = 50 (apabila melaksanakan kegiatan sosialisasi kelompok dengan frekuensi 1-3x dalam 12 bln) Nilai = 80 (apabila melaksanakan kegiatan sosialisasi kelompok dengan frekuensi 4x-6x dalam 12 bln) Nilai = 100 (apabila melaksanakan kegiatan sosialisasi kelompok dengan frekuensi 7x-12x dalam 12 bln)	0	0	0
5.	Inovasi, dll	5%	..... Kriteria Penilaian, sebagai berikut: Nilai = 0 (.....) Nilai = 50 (.....) Nilai = 80 (.....) Nilai = 100 (.....)	0	0	0
TOTAL :		100%				86

Catatan:

- Mengingat kondisi pandemi covid yang tidak memungkinkan dilaksanakannya aktivitas sosialisasi kelompok (secara offline), maka tidak dilakukan penilaian atas kinerja tersebut

Yang Menilai:
Kabid Penkeu

Mengetahui
Kepala Cabang

Kategori Hasil Penilaian Kinerja Kader:

Sangat Baik = Total Nilai >100
Baik = Total Nilai 90 s.d. 100
Cukup Baik = Total Nilai 70 s.d. 89
Kurang Baik = Total Nilai 60 s.d. 79
Sangat Kurang Baik = Total Nilai < 60

6. Format Formulir Kunjungan Ke Rumah Atau Sosialisasi Kelompok (Formulir C)

Formulir 3 - Formulir C

FORMULIR KUNJUNGAN KE RUMAH ATAU SOSIALISASI KELOMPOK (PEERTA PBIU, BP & CALON PESERTA)

Nama Kader :
 Nomor Kader JKN-KIS :
 Nama Dwire :
 Nama KC :
 Nama Desa :

No	Nama Peserta Binaan Kader JKN-KIS (untuk Nama Calon Peserta Baru diisi oleh Kader JKN-KIS)	Nomor Virtual Account keluarga (untuk calon peserta baru diisi Kantor Cabang BPJS Kesehatan)	Nomor Kartu JKN-KIS/NoKaps (untuk calon peserta baru diisi Kantor Cabang BPJS Kesehatan)	NIK/Nomor Induk Kependudukan (untuk Nama Calon Peserta Baru diisi oleh Kader JKN-KIS)	Alamat berdasarkan database	Jumlah bulan menunggak (Statusnya)	Jumlah iuran menunggak	Alamat terkini berdasarkan hasil kunjungan Kader	No HP yang dapat dihubungi berdasarkan hasil kunjungan Kader	Alasan menunggak 1 = Lupa 2 = Tidak mampu 3 = Belum punya uang 4 = Malas 5 = Pindah status Peserta 6 = Lainnya	Jika ada permasalahan dalam kunjungan 1 = pindah alamat 2 = menunggak 3 = alamat tidak ditemukan 4 = lainnya	Jika Peserta menanyakan informasi dan keluhan, jenisnya: 1 = Pelayanan di KC 2 = Pelayanan di faskes 3 = Obat 4 = Iuran 5 = Iur biaya 6 = lainnya	Kunjungan			Sosialisasi kelompok	
													Tanggal mm/bb/yy	Kunjungan ke berapa	Tanda tangan	Tanggal mm/bb/yy	Tanda tangan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

Berdasarkan data peserta binaan di Formulir B data sudah diurut berdasarkan VA keluarga

Diisi Kader

BAB XIII

AGEN INSTITUSI

A. Ketentuan Umum

Agen Institusi adalah Lembaga keuangan (bank/non bank) atau non keuangan yang berbadan hukum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam hal pengumpulan luran peserta menunggak. Mitra Agen Institusi dapat menggunakan jejaring *Channel Agent* yaitu pihak yang ditunjuk oleh agen institusi untuk membantu pelaksanaan pekerjaan. Kategori *Channel Agent* dalam pelaksanaan kerjasama Agen Institusi ini adalah:

1. *Channel Agent* Semi Dinamis adalah Agen yang melakukan tugasnya dengan upaya aktif mengkomunikasikan membayar luran kepada peserta PBPU yang menunggak luran.
2. *Channel Agent* Dinamis adalah agen yang melakukan tugasnya dengan upaya aktif mendatangi *door to door rumah* peserta PBPU menunggak luran.

Adapun ketentuan calon mitra yang dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam program Agen Institusi adalah:

1. Legalitas agen institusi yang berbadan hukum.
2. Telah berdiri selama minimal 1 (satu) tahun.
3. Agen Institusi yang memiliki wilayah kerja di seluruh Indonesia atau minimal 2 (dua) Kedeputian Wilayah yang berbeda ditetapkan oleh UKPF Penagihan luran.
4. Agen Institusi yang memiliki wilayah kerja lokal di daerah tertentu atau minimal 2 (dua) KC dalam Kedeputian Wilayah yang sama ditetapkan oleh Kedeputian Wilayah.
5. Agen Institusi yang memiliki wilayah kerja lokal di daerah tertentu yang masih berada di wilayah satu KC ditetapkan oleh KC tersebut.
6. Memiliki/telah bekerjasama dengan penyedia jasa sistem informasi pembayaran luran BPJS Kesehatan.

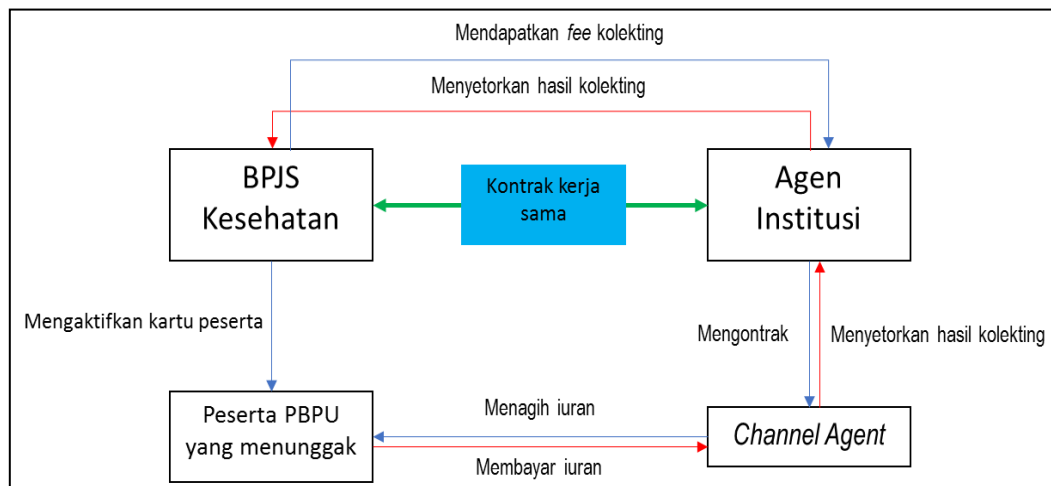
Mitra telah melakukan kerjasama agen insititusi berhak menerima biaya pengumpulan luran. Besaran biaya pengumpulan luran adalah besaran biaya yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada agen institusi atas pembayaran pengumpulan

tunggakan iuran, *auto debit* dan iuran di muka dari peserta JKN. Penetapan batas atas besaran biaya pengumpulan iuran ditetapkan oleh Direktur Keuangan dan Investasi yang ditetapkan melalui Keputusan Direksi.

Adapun jenis transaksi yang dapat menerima biaya pengumpulan iuran adalah:

1. Transaksi pembayaran iuran peserta menunggak dengan umur tunggakan 6-24 bulan.
2. Transaksi pendaftaran dan pembayaran iuran melalui *auto debit*.
3. Transaksi pembayaran iuran dimuka

B. Konsep Kerjasama Agen Institusi



Gambar 1 - Konsep Kerjasama Agen Institusi

1. BPJS Kesehatan melakukan kontrak dengan agen institusi perbankan/non perbankan untuk melakukan pengumpulan iuran kepada peserta PBPUs yang menunggak melalui *channel agent* institusi tersebut. Klausul kontrak termasuk *confidentiality agreement* untuk merahasiakan data peserta menunggak dan tidak menggunakannya selain yang tercantum dalam kontrak.
2. Agen institusi akan mendapatkan prosentase biaya pengumpulan iuran tertentu (sesuai kesepakatan) dari sejumlah iuran yang berhasil dikumpulkan oleh *channel agent*.
3. BPJS Kesehatan tidak melakukan kontrak langsung dengan *channel agent*.

4. Pengelolaan pengumpulan luran (strategi, proses bisnis, sarana prasarana, sistem informasi) sepenuhnya dilakukan oleh pihak agen institusi.
5. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran biaya pengumpulan luran dan monitoring evaluasi kinerja Agen Institusi

C. Mekanisme Pelaksanaan Kerjasama Agen Institusi:

Pelaksanaan kerja sama agen institusi dapat dilaksanakan oleh Kantor Cabang, Kedepatian Wilayah, maupun Kantor Pusat dengan mekanisme pelaksanaan kerjasama sebagai berikut:

1. Kantor Cabang/Kedepatian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran BPJS Kesehatan melakukan pemetaan/pemilihan wilayah yang menjadi sasaran/target pelaksanaan kerjasama dengan mitra agen institusi.
2. KC/Kedepatian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran melakukan penjajakan dan memastikan bahwa calon mitra Agen Institusi telah memenuhi ketentuan umum Agen Insititusi.
3. KC/Kedepatian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran melakukan negosiasi besaran biaya pengumpulan luran dan menyusun proposal perencanaan anggaran terkait kerjasama dengan Agen Institusi. Persetujuan penggunaan anggaran untuk kerjasama Agen Institusi diatur sebagai berikut:
 - a. Penggunaan anggaran Kantor Pusat menggunakan persetujuan dari Direktorat Keuangan dan Investasi.
 - b. Penggunaan anggaran daerah mendapatkan persetujuan dari pejabat yang berwenang.
4. KC /Kedepatian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran melakukan pembahasan draft Perjanjian Kerjasama dan penandatanganan perjanjian kerjasama. Penandatanganan kerjasama dilakukan oleh pejabat yang berwenang sesuai ruang lingkup wilayah kerjanya. Apabila terdapat hal-hal yang perlu dilakukan penyesuaian pada draft Perjanjian Kerjasama, agar dilakukan pembahasan kembali dengan UKPF Pelayanan Hukum dan/atau Kerjasama Antar Lembaga untuk mendapatkan masukan dan persetujuan. Adapun perjanjian kerja sama mengacu pada format Perjanjian Kerja sama tentang Pengumpulan luran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Melalui Model Program Agen Institusi.
5. KC/Kedepatian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran bersama-sama dengan mitra Agen Institusi melakukan pemetaan peserta menunggak, integrasi

data maupun pengembangan/penyesuaian sistem informasi sesuai dengan kebutuhan dan tetap mempertimbangkan kerahasiaan data.

6. KC/Kedeputian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan Iuran bersama-sama dengan mitra Agen Institusi melakukan sosialisasi bersama tentang program Agen Insititusi.
7. KC/Kedeputian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan Iuran melakukan pembayaran besaran biaya pengumpulan iuran kepada mitra Agen Institusi.
8. KC/Kedeputian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan Iuran bersama-sama dengan mitra Agen Institusi melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terkait pelaksanaan kerjasama Agen Institusi.

D. Mekanisme Pemetaan Data Peserta Menunggak Agen Institusi

Agar pelaksanaan program Agen Institusi berjalan dengan baik dan tidak terjadi tumpang tindih dengan program penagihan iuran lainnya, maka perlu dilakukan pemetaan data peserta menunggak yang menjadi sasaran dalam program Agen Institusi. Adapun mekanisme pemetaan data peserta menunggak adalah sebagai berikut:

1. Kantor Cabang/Kedeputian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan Iuran menyediakan data peserta menunggak yang menjadi sasaran program Agen Institusi yaitu 6-24 bulan dan bukan merupakan data peserta binaan Kader JKN-KIS.
2. Kantor Cabang/Kedeputian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan Iuran menyimpan dan memperbaharui data peserta menunggak yang menjadi sasaran program agen institusi setiap bulan berikutnya pada media penyimpanan yang tersedia.
3. Informasi data peserta menunggak yang meliputi:
 - a. Nama Peserta
 - b. Nomor Peserta
 - c. Umur Tunggakan
 - d. Kelas Peserta
 - e. Kontak Peserta (Nomor Telepon/*E-mail*/Alamat)
 - f. Nama Kantor Cabang
 - g. Nama Kedeputilan Wilayah

- Informasi data yang disimpan sebagai mana dimaksud pada angka 3 diatas untuk dipergunakan sebagai acuan dalam proses verifikasi dan validasi pembayaran biaya pengumpulan luran.

E. Mekanisme Pembayaran Biaya Pengumpulan luran

Sebagai bagian upaya kerjasama dengan pihak agen institusi yang menaungi *channel agent* maka akan diberikan biaya pengumpulan luran dari luran terkumpul. Beberapa hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut:

- Biaya pengumpulan luran dibayarkan setiap bulan berdasarkan total tunggakan luran yang berhasil dikumpulkan oleh *channel agent*.
- Besaran biaya pengumpulan luran sesuai dengan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Agen Institusi.
- Pajak dikenakan atas biaya pengumpulan luran kepada Agen Institusi yang merupakan obyek pajak.
- Pembayaran biaya pengumpulan luran kepada *channel agent* diatur oleh agen institusi.
- Adapun komposisi biaya pengumpulan luran adalah:

No	Uraian	Perhitungan	Jumlah
1	PBPU menunggak kelolaan Agen Institusi	...% (max) x luran menunggak terkumpul	Rp. Xxxxxx
2	Akuisisi peserta auto debit dan retensi peserta kelolaan tetap lancar. Syarat perhitungan biaya pengumpulan luran adalah peserta yang sukses terdebet $\geq 98\%$	...% x luran yang terkumpul	Rp. Xxxxxx
3	Peserta kelolaan membayar dimuka	...% x luran yang terkumpul	Rp. Xxxxxx
	Total Biaya Pengumpulan luran:		Rp. Xxxxxx

Contoh simulasi:

Agen Institusi A memiliki 500 peserta kelolaan, pada bulan Januari 2020 agen institusi tersebut memiliki kinerja sebagai berikut:

- PBPU menunggak yang berhasil ditagih adalah 20 orang dengan besar luran yang terkumpul dari tunggakan tersebut Rp20.000.000,-
- Peserta kelolaan yang berhasil didaftarkan auto debit adalah 50 orang dan sukses debit adalah 49 peserta atau 98% dengan besaran luran yang terkumpul dari pendebetan tersebut adalah Rp50.000.000,-

- c. Peserta kelolaan yang membayar dimuka 5 peserta dengan total luran diterima adalah Rp10.000.000,-

Maka besaran Biaya Pengumpulan luran yang diterima oleh Agen Institusi A pada bulan Februari 2020:

No	Uraian	Perhitungan	Jumlah
1	PBPU menunggak kelolaan Agen Institusi	7% x 20.000.000	Rp.1.400.000
2	Akuisisi Peserta Auto debit dan Retensi Peserta kelolaan tetap lancar. Syarat perhitungan Biaya Pengumpulan luran adalah peserta yang sukses terdebit $\geq 98\%$	1% x 50.000.000	Rp. 500.000
3	Peserta kelolaan membayar dimuka	1% x 10.000.000	Rp. 100.000
	Total Biaya Pengumpulan luran Agen A:		Rp. 2.000.000

Keterangan:

Prosentase besaran biaya pengumpulan luran peserta menunggak, *auto debit*, bayar dimuka ditetapkan melalui kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan agen Institusi.

Adapun mekanisme pembayaran biaya pengumpulan luran adalah sebagai berikut:

1. Mitra Agen Institusi mengirimkan data transaksi pembayaran luran peserta menunggak kepada BPJS Kesehatan (Kantor Cabang/Kedeputan Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran) paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
2. Kantor Cabang/Kedeputan Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran melakukan proses verifikasi, validasi dan perhitungan besaran biaya pengumpulan luran sesuai dengan simulasi perhitungan diatas.
3. Kantor Cabang/Kedeputan Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran mengajukan pembayaran biaya pengumpulan luran menggunakan anggaran program yang telah ditetapkan dengan cara:
 - a. Kantor Cabang/Kedeputan Wilayah melakukan pembayaran luran dengan mengajukan Pos Dalam Perjalanan (PDP) ke Kantor Pusat.
 - b. Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran melakukan pembayaran biaya pengumpulan luran melalui pembayaran tagihan definitif.
4. Kantor Cabang/Kedeputan Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran membayarkan biaya pengumpulan luran dan/atau dalam bentuk barang senilai dengan hasil perhitungan paling lambat tanggal 25 bulan berikutnya.

5. Kantor Cabang/Kedeputian Wilayah/Kantor Pusat – UKPF Penagihan luran menyusun Berita Acara Pembayaran Biaya Pengumpulan luran antara pihak BPJS Kesehatan dengan mitra agen institusi.
6. Kantor Cabang/Kedeputian Wilayah merekapitulasi dan melaporkan pembayaran biaya pengumpulan luran kepada Kantor Pusat UKPF – Penagihan luran dengan format Laporan Pembayaran Biaya Pengumpulan luran.

F. Mekanisme Monitoring dan Evaluasi

Agar pelaksanaan program Agen Institusi berjalan dengan baik, perlu dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan bersama dengan mitra agen institusi. Kegiatan monitoring dan evaluasi dapat dilakukan secara periodik yaitu:

1. Triwulanan;
2. Semesteran; dan
3. Tahunan

Pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi dapat dilakukan berupa pertemuan *online/offline* maupun kunjungan ke lapangan (*spot check*) sesuai dengan kebutuhan. Untuk mendukung pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi, BPJS Kesehatan dan/atau mitra Agen Institusi agar mempersiapkan data sebagai berikut:

1. Capaian transaksi penerimaan luran dari Agen Institusi (Pembayaran luran menunggak, pembayaran luran melalui Auto debit, maupun Pembayaran luran dimuka).
2. Data pembayaran biaya pengumpulan luran yang telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada mitra Agen Insititusi.
3. Pemetaan *Channel Agent* mitra Agen Institusi dengan capaian tertinggi dan terendah, sebagai bahan evaluasi.
4. Kendala teknis yang terjadi selama pelaksanaan program Agen Institusi.
5. Masukan-masukan perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan capaian pada periode berikutnya.

G. Bagian Format

1. Format Perjanjian Kerja Sama Pengumpulan Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Melalui Model Agen Institusi



LOGO

MITRA

PERJANJIAN KERJASAMA

ANTARA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

DENGAN

.....

TENTANG

PENGUMPULAN IURAN PESERTA PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH MELALUI MODEL PROGRAM AGEN INSTITUSI

Nomor :

Nomor :

Pada hari ini,, tanggal bulan.....tahun dua ribu dua puluh (...-...-2020), bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan dibawah ini masing – masing sebagai berikut:

I. : Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang, berkedudukan dan berkantor di, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya berdasarkan, oleh karenanya sah mewakili untuk dan atas nama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang, selanjutnya disebut **PIHAK KESATU**.

II. : berkedudukan dan berkantor di, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya berdasarkan, oleh karenanya sah mewakili untuk dan atas nama, untuk selanjut **PIHAK KEDUA**.

PIHAK KESATU dan **PIHAK KEDUA** selanjutnya secara bersama-sama dapat disebut sebagai **PARA PIHAK**, dan secara masing-masing disebut **PIHAK**.

PARA PIHAK terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. **PIHAK KESATU** adalah Badan Hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

- b. **PIHAK KEDUA** adalah *Perseroan Terbatas/Koperasi/Yayasan/Badan Usaha Milik Negara/ Badan Usaha Milik Daerah/Badan Usaha Milik Desa yang dibentuk untuk menyelenggarakan Kegiatan yang didirikan berdasarkan tentang... ..

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas **PARA PIHAK** sepakat untuk mengadakan Perjanjian Kerja Sama tentang Pengumpulan Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Program Melalui Program Agen Institusi (selanjutnya disebut "**Perjanjian**") dengan ketentuan dan syarat-syarat sebagai berikut:

PASAL 1

PENGERTIAN

Dalam Perjanjian ini, sepanjang tidak ditentukan lain dalam Pasal-Pasal Perjanjian ini, maka kata-kata/istilah-istilah yang penulisannya diawali dengan huruf besar sebagaimana diuraikan dibawah ini, akan mempunyai arti sebagai berikut:

1. **Peserta** adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional.
2. **Pekerja Bukan Penerima Upah** untuk selanjutnya disebut PBPU adalah Peserta yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
3. **Iuran** adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta PBPU, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah untuk Program Jaminan Kesehatan.
4. **Tunggakan Iuran** adalah Iuran Jaminan Kesehatan yang belum dilunasi oleh PBPU hingga melebihi tanggal jatuh tempo yang ditentukan.
5. **Peserta PBPU menunggak** adalah Peserta BPJS Kesehatan dari segmen PBPU mandiri yang tidak membayar Iuran JKN-KIS dalam jangka waktu lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 23 (dua puluh tiga) bulan.
6. **Layanan Pengelolaan Iuran** adalah penerimaan pembayaran tunggakan Iuran.
7. **Agen Institusi** adalah Lembaga keuangan (bank/non-bank) atau non keuangan yang berbadan hukum bekerja-sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal pengumpulan Iuran bagi Peserta PBPU menunggak Iuran.
8. **Transaksi** adalah proses penerimaan pembayaran Tunggakan Iuran yang dilakukan kepada agen institusi.
9. **Layanan Pengumpulan Tunggakan Iuran** adalah berbagai upaya untuk mengajak Peserta PBPU menunggak untuk membayar Iuran.
10. **Laporan Pengumpulan Tunggakan Iuran** adalah data hasil transaksi yang dikirimkan setiap tanggal 5 (lima) bulan berikutnya.
11. **Biaya Pengumpulan Iuran** adalah Biaya yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada Agen Institusi atas pembayaran pengumpulan tunggakan Iuran, autodebet dan pembayaran Iuran di muka Peserta PBPU.

PASAL 2
MAKSUD DAN TUJUAN

- (1) Maksud Perjanjian ini adalah sebagai dasar hukum **PARA PIHAK** dalam pengumpulan tunggakan iuran Peserta PBPU menunggak.
- (2) Tujuan Perjanjian ini adalah terwujudnya kerjasama dan sinergitas **PARA PIHAK** dalam meningkatkan efektivitas pengumpulan iuran melalui Program Agen Institusi.

PASAL 3
RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Perjanjian ini adalah:

1. Layanan pengumpulan pembayaran tunggakan iuran Peserta PBPU;
2. Sosialisasi dan edukasi Program JKN-KIS;

PASAL 4
LAYANAN PENGUMPULAN TUNGGAKAN IURAN

- (1) **PIHAK KEDUA** melayani Transaksi sesuai dengan jam operasional yang telah ditentukan.
- (2) **PIHAK KESATU** melakukan koordinasi integrasi data, maupun pengembangan/penyesuaian sistem informasi sesuai dengan kebutuhan dan tetap mempertimbangkan kerahasiaan data. kepada **PIHAK KEDUA**.
- (3) **PIHAK KEDUA** mengirimkan Laporan Pengumpulan Tunggakan Iuran kepada **PIHAK KESATU** paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, apabila jatuh pada hari libur maka pengiriman Laporan Pengumpulan Tunggakan Iuran akan dilakukan pada Hari Kerja berikutnya.

PASAL 5
BIAYA PENGUMPULAN IURAN

- (1) Besaran biaya pengumpulan iuran sebesar ...% (... per seratus) dengan ketentuan dan terdiri atas:
 - a. ...% (... per seratus) x jumlah tunggakan iuran yang terkumpul;
 - b. ...% (... per seratus) x jumlah tunggakan iuran yang terkumpul dari peserta akuisisi Autodebet; dan/atau
 - c. ...% (... per seratus) x jumlah iuran yang terkumpul dari peserta menunggak yang membayar iuran dimuka.
- (2) Besaran biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi kewajiban **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** yang dibayarkan paling lambat tanggal 25 (dua puluh lima) bulan berikutnya dengan melampirkan dokumen sebagai berikut:
 - a. Dokumen umum, antara lain:
 - 1) Surat permohonan yang paling sedikit memuat hasil pengumpulan tunggakan iuran dan besaran biaya pengumpulan yang diajukan;

- 2) Asli kuitansi penagihan bermaterai cukup;
 - 3) Laporan kunjungan dan/atau pembayaran tunggakan luran;
 - 4) Berita Acara Rekonsiliasi perhitungan biaya pengumpulan luran yang ditandatangani oleh PARA PIHAK.
- b. Dokumen khusus, antara lain:
- 1) Dokumen yang dapat membuktikan pembayaran luran peserta menunggak; dan
 - 2) Laporan registrasi autodebet.
- (3) Ketentuan lebih lanjut Pasal ini sebagaimana diatur dalam Lampiran Perjanjian ini.

PASAL 6

HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK KESATU

- (1) Tanpa mengesampingkan hak **PIHAK KESATU** sebagaimana diatur dalam Pasal-Pasal lain dari Perjanjian ini, maka **PIHAK KESATU** berhak untuk:
 - a. Mendapat Layanan Pengumpulan Tunggakan luran dari **PIHAK KEDUA**.
 - b. Mendapatkan dukungan sosialisasi, edukasi tentang Program JKN dari **PIHAK KEDUA**.
 - c. Menerima laporan pengumpulan tunggakan luran paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya dari **PIHAK KEDUA**.
 - d. Menggunakan logo **PIHAK KEDUA** untuk keperluan media informasi sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini.
 - e. Menerima pembayaran tunggakan luran dengan sistem pembayaran luran BPJS Kesehatan.
- (2) Tanpa mengesampingkan kewajiban **PIHAK KESATU** sebagaimana diatur dalam Pasal-Pasal lain dari Perjanjian ini, maka **PIHAK KESATU** berkewajiban untuk:
 - a. Memberikan data Peserta PBPU menunggak kepada **PIHAK KEDUA**.
 - b. Membayarkan kepada **PIHAK KEDUA** biaya pengumpulan luran.
 - c. Memberikan materi sosialisasi dan materi prosedur kepesertaan atas Program JKN kepada **PIHAK KEDUA**.
 - d. Memastikan laporan hasil pembayaran luran peserta dari **PIHAK KEDUA**.
 - e. Memberikan umpan balik atas kinerja pengumpulan tunggakan luran kepada **PIHAK KEDUA**.

PASAL 7

HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK KEDUA

- (1) Tanpa mengesampingkan hak **PIHAK KEDUA** sebagaimana diatur dalam pasal-pasal lain dari Perjanjian ini, maka **PIHAK KEDUA** berhak untuk:
 - a. Menerima data Peserta PBPU menunggak dari **PIHAK KESATU**.
 - b. Menggunakan logo **PIHAK KESATU** untuk keperluan media informasi sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini.

- c. Menerima pembayaran Biaya Pengumpulan luran dari **PIHAK KESATU**.
 - d. Menerima materi sosialisasi, materi edukasi dan materi prosedur kepesertaan atas Program JKN dari **PIHAK KESATU**.
 - e. Menerima umpan balik atas kinerja pengumpulan tunggakan luran dari **PIHAK KESATU**.
- (2) Tanpa mengesampingkan kewajiban **PIHAK KEDUA** sebagaimana diatur dalam Pasal-Pasal lain dari Perjanjian ini, maka **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk:
- a. Melaksanakan layanan penagihan dan penerimaan pembayaran tunggakan luran.
 - b. Memberikan dukungan sosialisasi, edukasi peserta berkaitan Program JKN – KIS.
 - c. Menggunakan sistem pembayaran luran BPJS Kesehatan.
 - d. Mengirimkan Laporan Pengumpulan Tunggakan luran, kepesertaan, informasi dan keluhan peserta tepat waktu kepada **PIHAK KESATU**.
 - e. Melaporkan hasil pembayaran luran peserta kepada **PIHAK KESATU** paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
 - f. Melaporkan pihak yang bekerjasama dengan **PIHAK KEDUA** dalam hal penagihan dan pengumpulan tunggakan luran.

PASAL 8

MONITORING DAN EVALUASI

PARA PIHAK melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan dan hasil evaluasi akan menjadi pertimbangan **PIHAK KESATU** untuk penilaian kinerja Program Agen Institusi.

PASAL 9

SANKSI

Apabila **PARA PIHAK** dalam melaksanakan kewajibannya tidak sesuai ketentuan yang telah ditetapkan dalam Perjanjian ini yang mengakibatkan kerugian terhadap **PIHAK** lainnya, maka **PIHAK** yang dirugikan berhak:

- a. Menegur **PIHAK** yang tidak melaksanakan kewajibannya secara lisan;
- b. Apabila setelah teguran lisan tetap tidak melaksanakan kewajibannya, maka **PIHAK** yang dirugikan berhak memberikan peringatan secara tertulis sebanyak 3 (tiga) kali dengan jangka waktu masing-masing peringatan adalah 3 (tiga) hari kerja pada tiap teguran;
- c. Apabila tidak mengindahkan peringatan sebagaimana dimaksud pada huruf b, maka **PIHAK** yang dirugikan dapat mengakhiri perjanjian ini secara sepihak dan menuntut kerugian yang dialaminya.

PASAL 10

JANGKA WAKTU

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk jangka waktu (.....) tahun/bulan terhitung sejak tanggal-.....-..... sampai dengan tanggal-.....-.....
- (2) Apabila salah satu **PIHAK** bermaksud mengakhiri Perjanjian ini sebelum berakhirnya jangka waktu Perjanjian ini sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka **PIHAK** yang bermaksud mengakhiri Perjanjian ini harus memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya, pemberitahuan mana harus telah diterima selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal pengakhiran yang dikehendaki.
- (3) Dengan berakhirnya atau diakhirinya Perjanjian ini tidak menghapuskan tanggung jawab masing-masing **PIHAK** untuk melaksanakan hak dan kewajibannya yang masih harus diselesaikan yang timbul berdasarkan Perjanjian ini pada saat Perjanjian ini belum berakhir atau diakhiri.
- (4) Dalam hal terjadi pengakhiran atau pemutusan Perjanjian ini, **PARA PIHAK** sepakat untuk mengesampingkan pasal 1266 dan 1267 KUH Perdata tentang pembatalan atau pemutusan Perjanjian.

PASAL 11

PERNYATAAN DAN JAMINAN

Pada saat penandatanganan Perjanjian ini, **PARA PIHAK** menyatakan dengan sebenarnya hal-hal sebagai berikut:

1. **PARA PIHAK** menyatakan akan melaksanakan isi/ketentuan dalam Perjanjian ini dengan penuh tanggung jawab.
2. **PARA PIHAK** dalam hal ini diwakili oleh pihak atau orang yang berwenang untuk melakukan tindakan-tindakan hukum untuk dan atas nama **PARA PIHAK**, sehingga Perjanjian ini secara hukum dapat dilaksanakan.
3. **PARA PIHAK** akan memberitahukan secara tertulis kepada pihak lainnya, setiap pergantian/perubahan dalam hal kepengurusan badan hukum dari **PARA PIHAK** yang dapat membawa akibat pergantian/perubahan dari pihak-pihak yang berwenang untuk melakukan tindakan hukum atas nama **PARA PIHAK**.
4. **PARA PIHAK** telah mempunyai ijin-ijin yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan usaha yang dimaksud dalam Perjanjian ini.
5. **PIHAK KEDUA** mengesampingkan dan melepaskan **PIHAK KESATU** dari setiap dan semua kewajiban, tuntutan atau kerusakan yang timbul dari atau dengan cara apapun sehubungan dengan seluruh perbuatan hukum yang dilakukan untuk melaksanakan Program Agen Insitusi.

PASAL 12
ADDENDUM

- (1) Perubahan atas ketentuan-ketentuan dalam Perjanjian ini hanya dapat dilakukan berdasarkan kesepakatan tertulis **PARA PIHAK** yang dituangkan dalam *Addendum* Perjanjian.
- (2) Perubahan atas ketentuan-ketentuan Perjanjian ini akan diatur dalam dokumen tambahan (*Addendum*) yang merupakan bagian dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan Perjanjian ini.

PASAL 13
KERAHASIAAN INFORMASI/DATA

- (1) **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut.
- (2) **PARA PIHAK** dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum, perorangan, kecuali:
 - a. Kepada instansi pemerintah yang berwenang mengatur atau mengeluarkan izin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini;
 - b. Hal-hal yang memang karena sifatnya sudah diketahui umum;
 - c. Diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian ini;
 - d. Menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus disampaikan kepada pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
- (3) **PARA PIHAK** dan pihak terkait sepakat untuk tidak memanfaatkan semua data yang diperoleh dari masing-masing pihak dalam bentuk apapun dan untuk keperluan apapun kecuali yang berkaitan dengan pelaksanaan Perjanjian ini.
- (4) Pihak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah setiap anggota Dewan Komisaris, Direksi, dan pegawai masing-masing Pihak, dan/atau pihak-pihak yang ditunjuk sebagai konsultan maupun mitra kerjasama **PARA PIHAK** yang berkaitan secara langsung maupun tidak langsung dengan pelaksanaan Perjanjian ini.

PASAL 14
FORCE MAJEURE

- (1) *Force Majeure* adalah suatu keadaan diluar kehendak, kemampuan dan kekuasaan masing-masing pihak yang dapat menghambat atau menghentikan pelaksanaan Perjanjian ini secara langsung yaitu bencana alam, kebakaran, banjir, topan, pemogokan, embargo, perang, invasi, huru-hara, revolusi, pemberontakan, terorisme, dan wabah penyakit.
- (2) Apabila salah satu pihak tidak dapat melaksanakan kewajiban berdasarkan Perjanjian ini dikarenakan *Force Majeure* sebagaimana disebut ayat (1) pasal ini, maka pihak yang mengalami *Force Majeure* harus memberitahukan secara tertulis kepada pihak yang tidak mengalami *Force Majeure* selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari setelah hari pertama tertundanya pelaksanaan kewajiban.
- (3) Tidak adanya pemberitahuan hingga lewatnya waktu sebagaimana disebutkan ayat (2) diatas, mengakibatkan pihak lain yang tidak mengalami *Force Majeure* berhak untuk tidak mengakui adanya *Force Majeure* tersebut.
- (4) Biaya-biaya yang timbul dan diderita oleh pihak yang mengalami *Force Majeure* bukan merupakan tanggung jawab Pihak lainnya.
- (5) Jangka waktu pelaksanaan kewajiban akan diperpanjang untuk jangka waktu yang sama dengan lamanya penundaan pelaksanaan Perjanjian akibat *Force Majeure* dengan ketentuan penundaan akibat *Force Majeure* tersebut tidak melebihi jangka waktu 3 (tiga) bulan setelah tanggal pemberitahuan sebagaimana dimaksud ayat (2) Pasal ini.
- (6) Pihak yang mengalami *Force Majeure* harus melaksanakan kembali kewajibannya sesuai dengan Perjanjian ini paling lambat 7 (tujuh) hari setelah *Force Majeure* tersebut berakhir.
- (7) Apabila setelah jangka waktu sebagaimana disebutkan ayat (3) Pasal ini, Pihak yang mengalami *Force Majeure* tidak dapat melaksanakan seluruh atau sebagian pekerjaan dalam Perjanjian ini, maka pihak yang tidak mengalami *Force Majeure* berhak memutuskan Perjanjian ini secara sepihak tanpa kewajiban memberikan kompensasi apapun kepada pihak lainnya dan keputusan Perjanjian ini tidak menghapuskan kewajiban-kewajiban yang telah timbul sebelumnya.

PASAL 15
PENYELESAIAN PERSELISIHAN

- (1) Apabila terjadi perbedaan atau perselisihan yang timbul sebagai akibat dari pelaksanaan Perjanjian ini, **PARA PIHAK** sepakat untuk menyelesaikannya secara musyawarah untuk mufakat dalam waktu maksimal 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadi perselisihan.
- (2) Apabila dalam waktu sebagaimana tersebut dalam ayat (1) diatas **PARA PIHAK** tidak berhasil menyelesaikan secara musyawarah dan tidak mencapai kata

sepakat, maka **PARA PIHAK** setuju untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut kepada Pengadilan Negeri

PASAL 16

KORESPONDENSI

- (1) Setiap pemberitahuan atau komunikasi lainnya sehubungan pelaksanaan Perjanjian ini dilaksanakan melalui media komunikasi surat tertulis, telepon, *faksmile*, *electronic mail* atau media lain yang disepakati **PARA PIHAK** dengan alamat sebagai berikut :

PIHAK KESATU : BPJS KESEHATAN

.....

.....

.....

Telp : 0XXX – XXXX

Fax : 0XXX – XXXXX

Email : xxxxxx@bpjs-kesehatan.go.id

PIHAK KEDUA :

.....

.....

.....

Telp : 0XXX – XXXX

Fax : 0XXX – XXXXX

Email :

- (2) Setiap pemberitahuan atau komunikasi dianggap telah dilaksanakan dibuktikan dengan :
- Tanda terima surat tertulis melalui kurir;
 - Tanda terima surat tertulis melalui kantor pos;
 - Hasil faksmile : “OK”;
 - Hasil email : Telah masuk kotak keluar (*sent box*).
- (3) Setiap perubahan alamat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini harus diberitahukan secara tertulis kepada pihak lainnya.
- (4) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) akan berlaku efektif sejak diterimanya pemberitahuan tertulis.

PASAL 17

INTEGRITAS

Dalam rangka pelaksanaan Perjanjian ini, maka **PARA PIHAK** :

- a. Berjanji untuk melaksanakan Perjanjian ini secara profesional dan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia;
- b. Tidak akan memberikan atau berjanji memberikan kepada atau menerima dari pihak manapun sesuatu apapun yang dapat dikategorikan sebagai gratifikasi berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia; dan
- c. Berjanji memastikan setiap orang atau pihak yang bertindak mewakili atau yang berada dalam kontrol masing-masing PIHAK, antara lain karyawan, pegawai, Direksi, atau pihak ketiga lainnya untuk mematuhi dan menjalankan ketentuan Pasal ini.

PASAL 18

KETENTUAN LAIN-LAIN

- (1) **PARA PIHAK** tidak boleh mengalihkan Perjanjian ini secara keseluruhan atau sebagian kepada Pihak lain di luar Perjanjian ini tanpa persetujuan tertulis dari **PARA PIHAK** lainnya.
- (2) **PARA PIHAK** dapat menunda pelaksanaan Perjanjian ini apabila terdapat adanya indikasi penyimpangan dan/atau kecurangan dalam Perjanjian yang dapat menyebabkan kerugian bagi **PARA PIHAK**.
- (3) Interpretasi dan pelaksanaan dari syarat dan ketentuan dalam Perjanjian ini adalah menurut hukum Republik Indonesia.
- (4) Surat-surat, dokumen-dokumen yang berhubungan dengan Perjanjian ini merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (5) Dalam hal terdapat ketentuan yang menjadi tidak berlaku dalam Perjanjian ini karena suatu Peraturan Perundang-Undangan maka ketidakberlakuan ketentuan tersebut tidak mengakibatkan batalnya seluruh isi Perjanjian.
- (6) Untuk mengubah ketentuan yang tidak berlaku sebagaimana dimaksud pada ayat (5), maka **PARA PIHAK** akan membuat dan menandatangani ketentuan baru yang sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

Demikianlah Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dalam rangkap 2 (dua), masing-masing dibubuhi materai cukup dan mempunyai kekuatan hukum yang sama bagi

PARA PIHAK.

PIHAK KESATU

PIHAK KEDUA

.....

.....

**) diisi sesuai situasi dan kondisi*

Untuk isi SPK disesuaikan dengan kebutuhan, karena pada dasarnya Perjanjian Kerja Sama adalah kesepakatan kedua belah pihak (Peraturan Direktur Kepatuhan, Hukum dan HAL BPJS Kesehatan Nomor 188 Tahun 2014 tentang Panduan Penyusunan dan Penulisan Naskah Perjanjian BPJS Kesehatan)

Lampiran I Perjanjian

Nomor :

Nomor :

Mekanisme Pembayaran Biaya Pengumpulan Iuran

1. **PIHAK KESATU** melakukan verifikasi data penerimaan pembayaran tunggakan iuran dengan membandingkan data penerimaan tunggakan iuran milik **PIHAK KEDUA** dengan data PBPU menunggak bulan berjalan.
2. **PIHAK KESATU** bersama **PIHAK KEDUA** menandatangani Berita Acara Rekonsiliasi perhitungan biaya pengumpulan iuran.
3. **PIHAK KEDUA** mengirimkan dokumen kelengkapan sebagaimana terdapat pada Pasal 5 ayat (2) paling lambat H+5 (dua) Hari Kerja setelah Berita Acara Rekonsiliasi perhitungan biaya pengumpulan iuran disepakati pada butir 2 diterima.
4. Besar Biaya Pengumpul Iuran yang dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** melalui pemindahbukuan (transfer) ke rekening **PIHAK KEDUA** yaitu:
 Nomor Rekening :
 Atas Nama :
 Bank/ Cabang :
5. Besar Biaya Pengumpul Iuran yang dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** adalah sebesar jumlah data Laporan Transaksi Hasil Penerimaan iuran yang terverifikasi benar sesuai dengan berita acara dan dibayarkan setiap bulan paling lambat H+15 Hari Kerja setelah berkas diterima lengkap.

.....(JABATAN)

BADAN PENYELENGGARA

JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

.....

Lampiran II Perjanjian

Nomor :

Nomor :

Laporan Penagihan Iuran dan Registrasi Autodebet

Bulan..... Tahun

No	Nama Peserta	Nomor Peserta	Alamat	Desa	Kecamatan	Kabupaten/Kota	Email	Nomor Telepon	Tanggal Penagihan	Tanggal Pembayaran Tunggakan	Registrasi Autodebet		Tanggal Pembayaran Iuran Dimuka
1	xxxx	0000123456789	Jl.	Cendana	Jati	Sleman	xxxx@gmail.com	081234567890	dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy	Nomor HP terdaftar Autodebet Mcash	dd/mm/yyyy
2													
3													

2. Format Laporan Pembayaran Biaya Pengumpulan Iuran

LAPORAN PEMBAYARAN BIAYA PENGUMPULAN IURAN
KERJASAMA AGEN INSTITUSI ANTARA BPJS KESEHATAN
DENGAN.....
KANTOR CABANG/KEDEPUTIAN WILAYAH.....
BULAN/TAHUN.....

A. Pembayaran Iuran Menunggak

No	Nama Peserta	Nomor Peserta	Umur Tunggakan	Total Tunggakan	Tanggal Bayar Iuran	Total Bayar	Biaya Pengumpulan	Ket
1								

B. Pendaftaran Autodebit

No	Nama Peserta	Nomor Peserta	Tanggal Daftar Autodebit	Tanggal Pendebitan	Biaya Pengumpulan	Keterangan
1						

C. Pembayaran Iuran Dimuka

No	Nama Peserta	Nomor Peserta	Tagihan Peserta	Total Pembayaran Dimuka	Tanggal Bayar Iuran Dimuka	Biaya Pengumpulan	Ket
1							

Nama Kota, DD – MM -YYYY

(Nama Pejabat Berwenang)

BAB XIV

SOSIALISASI DAN EDUKASI PEMBAYARAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

Dalam rangka meningkatkan kesadaran dan kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja memenuhi kewajibannya untuk membayar iuran secara rutin dan tepat waktu maka diperlukan sosialisasi dan edukasi yang dilakukan baik kepada pihak internal pegawai BPJS Kesehatan dan masyarakat secara lebih luas.

Sosialisasi dan edukasi harus dilakukan secara rutin dan efisien melalui berbagai sarana komunikasi yang bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang tata cara pembayaran iuran, kewajiban pembayaran iuran tepat waktu, denda pelayanan yang dikenakan karena iuran yang tertunggak dan kanal-kanal pembayaran iuran Jaminan Kesehatan.

A. Media Sosialisasi dan Edukasi

1. Internal

Dalam pelaksanaan sosialisasi dan edukasi untuk menyampaikan informasi mengenai kebijakan-kebijakan yang terkait dengan manajemen iuran kepada pihak internal BPJS Kesehatan dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung melalui media-media sebagai berikut:

- a. Secara Tidak Langsung, melalui:
 - 1). Media Internal B!cara-in;
 - 2). Media Internal B! News;
 - 3). Website Komunikasi Internal (Mantap); dan
 - 4). Arsip Digital.
- b. Secara Langsung, melalui:
 - 1). kegiatan *Best Practice Sharing* (BPS);
 - 2). pertemuan/representasi lintas Kedeputian Bidang; dan
 - 3). kegiatan ritual pagi.

2. Eksternal

a. Pemberian informasi langsung

1). Tatap Muka

a). Kantor Cabang

Kanal layanan tatap muka untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan administrasi kepesertaan, layanan informasi dan layanan pengaduan, Pemberian informasi kepada peserta di Kantor Cabang dapat diberikan secara langsung maupun tidak langsung.

Pemberian informasi secara langsung disampaikan oleh *Frontliner* di loket pelayanan dengan menggunakan *flyer* edukasi, *leaflet* atau brosur. Sedangkan pemberian informasi tidak langsung disampaikan melalui spanduk, *banner*, poster atau *digital signage*.

b). Mobile Customer Service (MCS)

c). Kanal layanan tatap muka dengan menggunakan kendaraan roda 4 dilengkapi dengan infrastruktur pendukung operasional layanan yang mengusung konsep jemput bola untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan administrasi kepesertaan, pengecekan dan pembayaran iuran serta informasi dan penyampaian pengaduan.

d). Mal pelayanan publik (MPP)

e). Kanal layanan tatap muka dengan menggunakan konsep pelayanan dalam satu gedung untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan layanan administrasi kepesertaan, pengecekan dan pembayaran iuran serta informasi dan penyampaian pengaduan

f). Rumah Sakit

g). Layanan informasi yang terintegrasi dengan pengelolaan informasi Rumah Sakit yang disampaikan oleh PIPP Rumah Sakit kepada Peserta yang datang ke loket layanan di Rumah Sakit. Jika informasi yang dibutuhkan Peserta membutuhkan penjelasan lebih lanjut dari BPJS Kesehatan, Maka dapat berkoordinasi dengan petugas BPJS Satu.

h). FKTP

- i). Layanan informasi yang terintegrasi dengan pengelolaan informasi FKTP yang disampaikan oleh PIPP FKTP kepada Peserta yang datang ke FKTP.
 - j). Pembukaan Stand Edukasi pada kegiatan tertentu;
 - k). Kunjungan langsung kepada Peserta;
 - l). SMS/WA/e-mail blast/media pengirim pesan elektronik;
 - m). Kader JKN-KIS;
 - n). Petugas telekolekting;
 - o). Pemberian informasi diberikan melalui pertemuan kepada kelompok Peserta, organisasi peserta, mitra kerja dan *stakeholder* terkait.
- 2). Tanpa Tatap Muka
- a). Aplikasi Mobile JKN
Kanal layanan tanpa tatap muka berbasis *mobile* untuk memfasilitasi peserta dalam mendapatkan informasi dan layanan administrasi kepesertaan yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional, dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam bentuk Aplikasi melalui telepon pintar (*smartphone*) berbasis Android dan iOS, yang dapat diunduh melalui *Google Playstore* atau *Apps Store*.
 - b). BPJS Kesehatan *Care Center 165*
Pemberian informasi melalui BPJS Kesehatan *Care Center 165* adalah Pemberian informasi yang disampaikan oleh agen BPJS Kesehatan *Care Center 165* kepada peserta
 - c). CHIKA (*Chat Assistant JKN*), kanal layanan tanpa tatap muka yang direspon oleh *asisten virtual*, dan didukung oleh kecerdasan buatan serta dikembangkan untuk tersedia di perangkat seluler dalam pemberian informasi kepada Peserta.
 - d). Website BPJS Kesehatan, adalah kanal layanan tanpa tatap muka berbasis web yang dapat diakses secara publik oleh peserta atau calon peserta yang memfasilitasi layanan administrasi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.
 - e). Aplikasi SIPP (Aplikasi Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan)
Aplikasi yang berfungsi sebagai kanal permintaan informasi dan penanganan pengaduan di Kantor Cabang dan Fasilitas Kesehatan,

pendaftaran bayi baru lahir, penghitungan denda layanan, dan pengaduan fasilitas kesehatan.

b. Pemberian Informasi Tidak Langsung

1). Media Cetak

a). Spanduk/*Banner*/Poster

Merupakan media yang dicetak berukuran panjang yang digunakan untuk media informasi dalam rangka pemberitahuan kebijakan/program BPJS Kesehatan yang *ter-update*. Kantor Pusat membuat desain dan tema/konten dari media cetak yang akan menjadi standarisasi desain dan konten di seluruh Kantor BPJS Kesehatan. Selanjutnya Kantor Cabang dan KKAB melakukan pencetakan sesuai desain dan tema dari Kantor Pusat.

b). Leaflet/Brosur/*flyer*;

Merupakan media informasi yang dicetak dalam lembar kertas, guna memudahkan peserta dalam membaca dan membawa yang berisi kebijakan/program BPJS Kesehatan yang *ter-update*. Standarisasi desain dan konten di seluruh Kantor Cabang BPJS Kesehatan di inisiasi oleh Kantor Pusat.

2). Media elektronik

Pemberian informasi melalui televisi/radio merupakan bentuk pilihan sosialisasi guna mengedukasi dan memberikan pemahaman akan hak, kewajiban, ruang lingkup serta prosedur program JKN-KIS. Pemberian informasi ini dapat berupa *talkshow* maupun spot iklan, diprioritaskan pada stasiun televisi/radio dengan jangkauan siaran yang luas dan waktu siaran yang sesuai, yaitu:

a). Televisi Pemerintah atau Swasta baik lokal maupun nasional.

b). Radio Pemerintah atau Swasta baik lokal maupun nasional.

3). Video/*filler*

4). *Digital signage*

Media informasi yang berbentuk layar elektronik yang menampilkan informasi, iklan maupun pesan lainnya yang secara konten/materi dan waktu publikasi akan dilakukan secara terpusat. Penggunaan *Digital Signage* di Kantor Cabang BPJS Kesehatan dapat menggantikan media cetak konvensional yang memuat materi sosialisasi berupa poster, *filler*,

video/filler dan informasi-informasi lain yg *update* terkait dengan program JKN-KIS serta QR Code.

5). Media online

Pemberian informasi melalui media *online* dimungkinkan dapat dilakukan pada portal/situs berita pilihan berskala Nasional dan lokal, dengan memperhatikan aspek reputasi/citra dari media *online* tersebut. Kebebasan berpendapat menjadikan media *online* ini harus dimonitor setiap harinya, atas pertanyaan atau pernyataan dari para *responder*. Pemberian informasi melalui media *online* dilakukan oleh UKPF Kesekretariatan Badan c.q. Bidang Komunikasi Publik dan Hubungan Masyarakat atau di Kantor Cabang pada unit kerja yang menangani fungsi komunikasi publik/eksternal.

6). Media sosial

Pemberian informasi melalui media sosial merupakan bentuk pilihan dalam mengedukasi dan memberikan pemahaman akan hak, kewajiban, ruang lingkup serta prosedur program JKN-KIS. Pemberian informasi ini melalui website BPJS Kesehatan dan media sosial lainnya seperti *Facebook, Twitter, Instagram, Youtube* dan *Tiktok* secara terpusat dilakukan oleh UKPF Kesekretariatan Badan c.q. Bidang Komunikasi Publik dan Hubungan Masyarakat atau unit kerja yang menangani fungsi komunikasi publik/eksternal.

7). Surat tertulis/elektronik.

Permintaan informasi secara tertulis dapat disampaikan melalui Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota. Tindak lanjut pemberian informasi dilakukan dengan menggunakan surat resmi yang disampaikan langsung kepada pelapor.

Sedangkan pemberian informasi melalui surat elektronik (*e-mail*) dapat disampaikan melalui *website* BPJS Kesehatan dan *mobile* JKN yang terhubung dengan Aplikasi SIPP. Tindak lanjut pemberian informasi dilakukan melalui Aplikasi SIPP.

B. Pelaksanaan Sosialisasi dan Edukasi.

Pelaksanaan sosialisasi dan edukasi terkait dengan kebijakan manajemen luran dapat dilaksanakan oleh UKPF Penagihan dan Keuangan dan Kantor Cabang.

1. Pelaksanaan sosialisasi dan edukasi oleh UKPF Penagihan dan Keuangan dilaksanakan dengan langkah sebagai berikut:
 - a. menyusun *Media Plan* yang berisi rencana kegiatan media untuk mengkomunikasikan pesan ke satu sasaran di waktu yang tepat dan frekuensi yang tepat. Penyusunan *Media Plan* dapat bekerja sama dengan Konsultan Media Strategi untuk mendapatkan rekomendasi terkait media publikasi yang efektif dan efisien;
 - b. menyusun materi atau konten yang akan disampaikan. Penyusunan materi dapat bekerja sama dengan pihak ketiga (*vendor*) sehingga informasi yang akan disampaikan dapat mudah dimengerti oleh Masyarakat;
 - c. meminta masukan dan persetujuan terkait materi sosialisasi kepada UKPF Pelayanan Peserta dan UKPF Kesekretariatan Badan c.q. Bidang Komunikasi Publik dan Hubungan Masyarakat;
 - d. mengajukan usulan kepada UKPF Pelayanan Peserta sebagai koordinator terkait rencana pemasangan informasi tidak langsung yaitu melalui *standing banner*, spanduk, *leaflet* atau media lainnya untuk penempatan di Kantor Cabang maupun Kantor Kedeputan Wilayah;
 - e. mendistribusikan materi sosialisasi yang telah mendapatkan masukan dan persetujuan dari UKPF Kesekretariatan Badan dan UKPF Pelayanan Peserta;
 - f. melakukan pengadaan media iklan atau sosialisasi secara langsung kepada media-media penyedia sesuai dengan ketentuan Pedoman Pengadaan Barang dan Jasa BPJS Kesehatan.
 - g. melaksanakan sosialisasi melalui media iklan yang telah ditentukan;
 - h. UKPF Pelayanan Peserta melakukan survei terkait dengan tingkat efektifitas pelaksanaan sosialisasi setiap tahun.
2. Pelaksanaan sosialisasi dan edukasi oleh Kantor Cabang dilaksanakan dengan langkah sebagai berikut:
 - a. Kedeputan Wilayah/Kantor Cabang melaksanakan sosialisasi melalui media baik secara langsung maupun tidak langsung dengan menggunakan materi/konten yang disampaikan oleh UKPF Penagihan dan Keuangan.

- b. Kedeputian Wilayah/Kantor Cabang dapat membuat materi/konten secara mandiri dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1). Kantor Kedeputian Wilayah/Cabang mengirimkan usulan materi/konten kepada UKPF Penagihan dan Keuangan.
 - 2). UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan pemeriksaan atas materi/konten yang telah diajukan sesuai dengan ketentuan.
 - 3). UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan materi/konten kepada UKPF Pelayanan Peserta dan UKPF Kesekretariatan Badan BPJS Kesehatan c.q. Bidang Komunikasi Publik dan Hubungan Masyarakat.
 - 4). UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan umpan balik berupa masukan atau persetujuan dari UKPF Pelayanan Peserta dan UKPF Kesekretariatan Badan BPJS Kesehatan c.q. Bidang Komunikasi Publik dan Hubungan Masyarakat.
- c. Dalam hal pemasangan media setiap Kedeputian Wilayah dan Kantor Cabang melakukan koordinasi terkait dengan jangkauan media, agar tidak melakukan pemasangan pada media yang jangkauannya sama.
- d. Kantor Cabang melakukan survei terkait tingkat efektifitas pelaksanaan sosialisasi setelah selesai kegiatan pemberian informasi langsung dengan organisasi/komunitas/instansi.

BAB XV

STRATEGI PEMULIHAN PENGELOLAAN IURAN DAN DENDA PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN

Strategi pemulihan dalam pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan disusun sebagai rencana tindakan cadangan/darurat/alternatif yang dipersiapkan untuk mengantisipasi dan meminimalisir dampak negatif akibat terjadinya kendala pada proses:

1. Pembayaran iuran; dan
2. pembayaran denda pelayanan akibat keterlambatan pembayaran iuran.

Strategi pemulihan pengelolaan iuran pada pembayaran iuran dan denda pelayanan jaminan kesehatan berlaku dalam kondisi:

1. Tidak tersedia kanal pembayaran pada wilayah kerja Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota;
2. seluruh kanal pembayaran pada wilayah kerja Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota, mengalami gangguan sistem yang dibuktikan dengan melampirkan Berita Acara dan dokumentasi laporan keluhan antara Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota paling sedikit pada 3 (tiga) kanal pembayaran yang berbeda; atau
3. sistem informasi penerimaan iuran BPJS Kesehatan dalam kondisi gangguan yang dideklarasikan berdasarkan ketentuan yang diatur dalam Pedoman *Business Continuity Management* (BCM).

Potensi krisis dalam fungsi manajemen iuran diidentifikasi oleh Satgas *Crisis Management Center* yang membidangi dampak pelayanan peserta, untuk selanjutnya diusulkan kepada Direksi untuk ditetapkan sebagai krisis. Satgas dampak pelayanan peserta *Crisis Management Center* adalah bagian dari tim *crisis management center* yang ditetapkan melalui keputusan Direksi. Rangkaian aktivitas dalam strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran dan denda pelayanan Jaminan Kesehatan dengan tata laksana sebagaimana di bawah ini.

A. Strategi Pemulihan Pengelolaan Pembayaran Iuran

1. Latar Belakang

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyatakan pada pasal 39 ayat (1) bahwa Pemberi Kerja Wajib memungut iuran dari Pkerjanya, membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyetor iuran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan, dan dalam hal tanggal 10 jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Pada pasal 40 ayat (1) Peraturan tersebut menyebutkan bahwa Peserta PBU dan Peserta BP wajib membayar iuran kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya permasalahan pada sistem pembayaran iuran yang menyebabkan Peserta/Pemberi Kerja tidak dapat melakukan pembayaran iuran melalui *Virtual Account* sesuai dengan tanggal jatuh tempo sehingga dapat berdampak pada keterlambatan pembayaran iuran dan berpotensi menimbulkan pengenaan sanksi pemberlakuan denda pelayanan, maka ditetapkan strategi pemulihan pengelolaan iuran.

2. Filosofi

Strategi pemulihan pengelolaan iuran diterapkan pada proses pembayaran iuran sebagai tindakan alternatif agar peserta/pemberi kerja/pihak lain dapat membayar iuran dan mendapatkan haknya untuk menerima jaminan kesehatan meskipun dalam kondisi terjadi kendala yang mengakibatkan peserta/pemberi kerja/pihak lain yang membayarkan iuran bagi peserta jaminan Kesehatan tidak dapat melakukan pembayaran iuran melalui rekening *Virtual Account*.

3. Tujuan

Implementasi strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran bertujuan agar:

- a. Menjaga kepuasan peserta/pemberi kerja/pihak lain dalam pembayaran iuran, dengan memberikan alternatif cara pembayaran agar peserta dapat membayar iuran meski pun terjadi kendala dalam sistem pembayaran iuran.
- b. Menghindarkan peserta/pemberi kerja/pihak lain dari potensi keterlambatan (penunggakan) pembayaran iuran yang berdampak pada pengenaan sanksi denda pelayanan jika dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari kerja sejak

melunasi tunggakan peserta mengakses layanan rawat inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

- c. Menjaga kesinambungan aliran penerimaan dana iuran untuk kepentingan pembiayaan program jaminan Kesehatan dalam kondisi keterbatasan akibat kendala dalam sistem pembayaran iuran.

4. Ruang Lingkup

Strategi pemulihan pengelolaan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan diberlakukan bagi pembayaran iuran Jaminan Kesehatan melalui *Virtual Account*.

5. Tata Laksana

a. Persyaratan

Strategi pemulihan pengelolaan pembayaran Iuran dilaksanakan apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- 1). Terdapat laporan/pengaduan/keluhan dari Peserta/Pemberi Kerja/Pihak lain yang membayarkan iuran Peserta/mitra kanal pembayaran/Kantor Cabang/Kantor Wilayah BPJS Kesehatan bahwa sistem pembayaran iuran BPJS Kesehatan mengalami kendala, yang dibuktikan dengan laporan/pengaduan/keluhan paling sedikit 1 (satu) Kantor Cabang kepada Kedeputian Wilayah dan diteruskan kepada UKPF Penagihan dan Keuangan, untuk selanjutnya UKPF Penagihan dan Keuangan mengkonfirmasi keluhan tersebut kepada UKPF Operasional Teknologi Informasi untuk dilakukan pengecekan.
- 2). UKPF Penagihan dan Keuangan telah melakukan pengecekan pada sistem pembayaran iuran serta sentra dan kanal pembayaran dan terbukti bahwa sistem mengalami masalah sehingga tidak dapat dilakukan pembayaran menggunakan rekening Virtual Account.
- 3). UKPF Kepesertaan telah melakukan pengecekan pada sistem Kepesertaan dan terbukti bahwa sistem mengalami kendala.
- 4). UKPF Operasional Teknologi Informasi (OTI) telah melakukan pengecekan pada sistem IT secara keseluruhan meliputi hardware, software dan jaringan, dan terbukti bahwa terdapat permasalahan pada sistem pembayaran iuran.
- 5). Hasil pengecekan pada sistem pembayaran iuran, sistem kepesertaan dan sistem IT dituangkan dalam Berita Acara yang di tandatangani oleh

Pimpinan UKPF Penagihan dan Keuangan, UKPF Kepesertaan dan UKPF OTI.

- 6). Diterbitkan berita acara yang ditandatangani oleh 3 (tiga) Deputi Direksi dan mendapatkan persetujuan Direktur Keuangan dan Investasi.

b. Prosedur Pelaksanaan

Dalam kondisi sistem BPJS Kesehatan mengalami masalah, prosedur pelaksanaan strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran dilaksanakan sebagai berikut:

- 1). Peserta/pemberi kerja/kanal mitra pembayaran iuran/Kantor Cabang/Kedeputian Wilayah menyampaikan laporan kepada UKPF Penagihan dan Keuangan bahwa transaksi pembayaran iuran melalui *Virtual Account* tidak dapat dilakukan.
- 2). UKPF Manajemen Iuran Kantor Pusat melakukan koordinasi dengan UKPF Kepesertaan dan UKPF Operasional Teknologi Informasi untuk melakukan pengecekan sistem terkait pembayaran iuran pada BPJS Kesehatan.
- 3). Dalam hal hasil pengecekan sistem membuktikan bahwa terdapat masalah yang menyebabkan Peserta/Pemberi Kerja/pembayar iuran lainnya tidak dapat melakukan pembayaran melalui *Virtual Account*, maka UKPF Operasional Teknologi Informasi menyampaikan usulan tertulis kepada UKPF Kepesertaan untuk pelaksanaan strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran.
- 4). Berdasarkan usulan sebagaimana dimaksud pada angka 3 di atas, UKPF Kepesertaan bersurat kepada UKPF Penagihan dan Keuangan untuk melakukan pelaksanaan strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran dengan persetujuan Direktur Keuangan dan Investasi.
- 5). Atas dasar surat dari UKPF Kepesertaan Kantor Pusat, UKPF Manajemen Iuran menyampaikan kepada Bank Mitra BPJS Kesehatan untuk pelaksanaan strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran di mana Penerimaan Iuran Jaminan Kesehatan dapat dilakukan dan ditampung pada rekening Penampungan yang ditetapkan.
- 6). Bank mitra BPJS Kesehatan menerima pembayaran iuran Jaminan Kesehatan dari peserta/pemberi kerja/pihak lain, pada saat

pelaksanaan strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran dengan ketentuan sebagai berikut:

- a). Petugas teller menerima iuran Jaminan Kesehatan dari pembayar iuran dengan besaran sesuai perhitungan berdasarkan *self assessment* pembayar iuran.
- b). Petugas teller bank mitra BPJS Kesehatan menerima iuran dan wajib mencantumkan nomor dan nama Virtual Account serta nama dan nomor telepon pembayar iuran sebagai referensi transaksinya.
- c). Bank mitra BPJS Kesehatan membuat rekapitulasi penerimaan melalui rekening penampungan sebagai bahan rekonsiliasi penerimaan iuran antara bank mitra dengan BPJS Kesehatan Kantor Pusat.
- d). Bank mitra BPJS Kesehatan menyampaikan rekapitulasi penerimaan iuran BPJS Kesehatan pada rekening penampung melalui data FTP satu hari kalender setelah transaksi penerimaan dana di rekening penampung (H+1)

c. Rekening Penampung

Rekening Bank yang digunakan untuk menerima pembayaran iuran Jaminan Kesehatan pada prosedur Strategi Pemulihan Pengelolaan Pembayaran Iuran ditetapkan oleh UKPF Treasury dan Investasi di Kantor Pusat.

d. Prosedur Pengakhiran

Strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran diakhiri setelah secara resmi dinyatakan oleh Direktur Keuangan dan Investasi berdasarkan laporan tertulis dari UKPF Operasional Teknologi Informasi.

e. Rekonsiliasi, *Flagging* Pembayaran Iuran.

- 1). Rekonsiliasi dilaksanakan oleh bank mitra dan BPJS Kesehatan melalui penyandingan bukti pembayaran dengan data transaksi pada rekening penampung.
- 2). Hasil dari penyandingan data digunakan untuk melakukan *flagging* pembayaran iuran.
- 3). Pihak bank menyampaikan data dan dana yang diterima atas pemberlakuan strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran.

Penerimaan iuran dengan mekanisme pada strategi pemulihan pengelolaan pembayaran iuran dilaksanakan melalui koordinasi antara UKPF Penagihan dan Keuangan, UKPF Kepesertaan dan UKPF Operasional Teknologi Informasi untuk memastikan bahwa terdapat permasalahan pada sistem yang menyebabkan peserta tidak dapat melakukan pembayaran iuran melalui rekening VA.

Dalam hal sistem BPJS Kesehatan mengalami kendala sehingga peserta tidak dapat membayar iuran melalui VA, diberlakukan mekanisme pembayaran sebagai berikut:

- a. Peserta diarahkan untuk membayar iuran melalui Rekening Penampung yang telah dibuka khusus pada mitra perbankan yang ditunjuk sebagai antisipasi agar peserta terhindar dari keterlambatan pembayaran iuran yang berdampak pada peneraan sanksi denda pelayanan.
- b. Peserta menyampaikan bukti pembayaran secara langsung ke BPJS Kesehatan Kantor Cabang/Kantor Kabupaten atau melalui media telekomunikasi (*e-mail/telegram/media pengirim pesan elektronik*) untuk dilakukan aktivasi status kepesertaan secara manual.

B. Strategi Pemulihan Dalam Pengelolaan Pembayaran Denda Pelayanan

Strategi pemulihan pengelolaan pembayaran denda pelayanan diterapkan pada proses pembayaran denda pelayanan untuk antisipasi terjadi kendala yang menyebabkan pembayaran denda pelayanan tidak dapat dilakukan dengan prosedur yang biasa digunakan.

Strategi pemulihan pengelolaan pembayaran denda pelayanan diberlakukan pada kondisi sebagai berikut:

1. Fungsi sistem pembayaran denda pelayanan terganggu.

Pada kondisi ini terdapat kendala pada sistem pembayaran denda pelayanan jaminan kesehatan, sehingga peserta tidak dapat membayar tagihan denda pelayanan di seluruh kanal pembayaran pada wilayah kerja Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota, yang dibuktikan dengan laporan/pengaduan/keluhan paling sedikit 1 (satu) Kantor Cabang kepada Kedeputan Wilayah dan diteruskan kepada UKPF Penagihan dan Keuangan, untuk selanjutnya UKPF Penagihan dan Keuangan mengkonfirmasi keluhan tersebut kepada UKPF Operasional Teknologi Informasi untuk dilakukan pengecekan.

2. Fungsi sistem pembentukan tagihan denda pelayanan terganggu.

Pada kondisi ini terdapat kendala dalam sistem pembentukan tagihan denda pelayanan, sehingga sistem tidak dapat menerbitkan tagihan denda pelayanan, dibuktikan dengan pernyataan tertulis dari UKPF Operasional Teknologi Informasi.

Dalam hal telah ada pernyataan tertulis dari UKPF Operasional Teknologi Informasi bahwa terdapat kendala sistem pembentukan tagihan denda pelayanan dan pembayaran denda pelayanan maka dapat diterapkan strategi sebagai berikut:

1. Pembentukan tagihan denda pelayanan dilaksanakan sebagai berikut:
 - a. Peserta yang berada di Rumah Sakit menghubungi PIC RS untuk menyerahkan data identitas beserta keterangan diagnosa awal dan kode INA CBG's, sebagai dasar perhitungan denda pelayanan.
 - b. PIC RS menyampaikan data identitas beserta keterangan diagnosa awal kepada staf KPP (BPJS SATU).
 - c. Staf KPP (BPJS SATU) berkoordinasi dengan staf PMR dan staf PK untuk melakukan perhitungan besaran denda pelayanan.
 - d. Staf PMR melakukan verifikasi kesesuaian kode INA CBG's yang diberikan dengan tarif INA CBG's atas kode tersebut, yang selanjutnya menjadi dasar perhitungan denda pelayanan secara manual oleh staf PK.
 - e. Staf PK melakukan perhitungan besaran denda pelayanan secara manual untuk selanjutnya menginformasikan kepada staf KPP (BPJS SATU). Dalam hal hasil perhitungan besaran denda pelayanan menghasilkan angka desimal maka angka desimal tersebut tidak digunakan.
Contoh: hasil perhitungan denda sebesar Rp150.000,05 maka nilai dendanya menjadi Rp150.000,00
 - f. Staf KPP (BPJS SATU) menghubungi PIC RS untuk menginformasikan besaran denda pelayanan dan sekaligus meminta peserta/keluarga peserta untuk mengisi dan menandatangani *informed consent*. Untuk selanjutnya *informed consent* tersebut dikirim ke staf KPP (BPJS SATU) melalui media komunikasi.
 - g. Staf KPP (BPJS SATU) menerima *informed consent* peserta/keluarga peserta yang sudah diisi dan ditandatangani, berupa file pdf atau foto (dokumen asli tetap disimpan di RS) dari PIC RS, menyampaikan nomor

rekening tujuan pembayaran denda pelayanan, dan menyampaikan kepada PIC RS untuk menginformasikan kepada peserta bahwa nominal yang ditransfer harus sama persis dengan besaran denda yang diberikan untuk memudahkan identifikasi transaksi pembayaran denda.

h. PIC RS menyampaikan informasi nomor rekening tujuan pembayaran denda pelayanan dan besaran denda pelayanan kepada peserta, serta menekankan kepada peserta bahwa nominal yang ditransfer harus sama persis dengan besaran denda yang diberikan untuk memudahkan identifikasi transaksi pembayaran denda.

i. Nomor rekening yang digunakan sebagai tujuan untuk pembayaran denda pelayanan terpusat adalah sebagai berikut:

Nama Bank : Bank Mandiri

Nama Rekening : BPJS Kes - Asset DJS - VA Denda

Nomor Rekening : 1230068806886

j. Nomor rekening pembayaran denda pelayanan sebagaimana disebut pada huruf i, tidak diperkenankan digunakan untuk transaksi lainnya tanpa persetujuan dari UKPF Manajemen Iuran.

2. Pembayaran Denda Pelayanan:

a. Peserta melakukan pembayaran denda melalui ATM/Bank/Mobile banking sesuai nominal denda yang sudah diinformasikan oleh PIC RS tanpa dilakukan pembulatan/penambahan/pengurangan nominal.

b. Peserta menyampaikan bukti pembayaran denda pelayanan kepada PIC RS.

c. PIC RS menyampaikan bukti pembayaran denda pelayanan dari peserta kepada staf KPP (BPJS SATU) dan selanjutnya dokumen tersebut disampaikan kepada staf PK.

d. Staf PK melakukan verifikasi atas bukti pembayaran denda dari peserta dan kesesuaiannya dengan besaran yang harus dibayarkan, dengan hasil:

1). Apabila jumlah yang dibayarkan sudah sesuai maka dapat langsung dilakukan proses pengaktifan oleh staf KPP.

2). Apabila jumlah yang dibayarkan lebih besar maka dapat langsung dilakukan proses pengaktifan oleh staf KPP dan ditindaklanjuti dengan prosedur *refund*.

- 3). Apabila jumlah yang dibayarkan lebih kecil maka peserta diminta melakukan pembayaran atas kekurangannya sebelum dilakukan proses pengaktifan.
3. Penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - a. Apabila jumlah denda pelayanan yang dibayarkan sudah sesuai, staf KPP (BPJS SATU) berkoordinasi dengan staf PMR untuk meminta persetujuan penerbitan SEP.
 - b. Staf KPP (BPJS SATU) menginformasikan kepada PIC RS bahwa status peserta sudah diaktifkan dan RS dapat menerbitkan SEP.
4. Dokumentasi aktivitas yang digunakan dalam implementasi strategi pemulihan pengelolaan pembayaran denda pelayanan:
 - a. Staf PK membuat daftar penerimaan denda pelayanan secara terpusat, yang mencakup data nama peserta dan jumlah denda yang diterima dari setiap peserta pada setiap akhir hari, dengan format berikut:

Daftar Penerimaan Denda Pelayanan Secara Terpusat

No	Tanggal Transaksi	Nomor Kartu Peserta	Nama Peserta	Nominal (Rp) (rinci per VA)

- b. Staf PK menyimpan daftar penerimaan denda tersebut beserta dokumen pendukung terkait sebagai dasar untuk melakukan input data pada aplikasi andalan yang dilakukan setelah masa gangguan sistem berakhir. Dokumen pendukung yang dimaksud terdiri dari:
 - 1). Catatan nama dan nomor kontak peserta/keluarga pembayar denda pelayanan yang bisa dihubungi;
 - 2). Informed consent (file pdf atau foto);
 - 3). Kertas kerja perhitungan denda pelayanan yang telah dibuat secara manual;
 - 4). Bukti pembayaran (screen shoot atau foto struk/bukti setor); dan/atau
 - 5). Bukti lain yang relevan.

5. Masa implementasi strategi pemulihan pengelolaan pembayaran denda pelayanan:
 - a. Prosedur pelaksanaan pembayaran denda pelayanan secara terpusat hanya berlaku pada masa terjadi gangguan sistem, dan tidak diperkenankan dilakukan setelah masa gangguan sistem dinyatakan selesai.
 - b. Berakhirnya masa gangguan sistem akan diberitahukan dari Kantor Pusat kepada Kantor Cabang melalui Kedeputian Wilayah.

C. Mekanisme Pembayaran Iuran Peserta PPU Selain Penyelenggara Negara, PBPU dan Peserta BP Pada Masa Pasca Bencana Alam

Kondisi geografis, geologis, hidrologis dan demografis Negara Kesatuan Republik Indonesia memungkinkan terjadinya bencana yang disebabkan oleh faktor alam, non alam, maupun faktor manusia yang dapat menyebabkan timbulnya korban jiwa, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, yang dapat menjadi faktor penghambat pembayaran iuran Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya bagi Peserta Pekerja Penerima Upah Selain Penyelenggara Negara, Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja.

1. Ketentuan Umum:

Dalam rangka memitigasi risiko terhambatnya pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan pada masa pasca bencana alam, BPJS Kesehatan melakukan pengelolaan Iuran dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Peserta Terdampak Bencana Alam yang diatur dalam peraturan ini terdiri dari Peserta dengan jenis kepesertaan:
 - a. PPU Selain Penyelenggara Negara;
 - b. PBPU; atau
 - c. Bukan Pekerja.
- b. Peserta Terdampak Bencana Alam sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dapat melakukan pembayaran iuran melebihi batas waktu pembayaran iuran paling lambat 1 (satu) bulan sejak berakhirnya masa Tanggap Darurat Bencana yang ditetapkan Pemerintah.
- c. Terhadap pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf b, tidak dikenakan denda pelayanan akibat keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan.

- d. Ketentuan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud dalam huruf b, berlaku bagi Peserta Terdampak Bencana Alam yang memenuhi kriteria:
 - a. Status kepesertaan aktif pada saat terjadinya bencana; dan
 - b. Berdomisili di wilayah terdampak bencana yang dibuktikan dengan kartu identitas (Kartu Tanda Penduduk/SIM/Paspor/Surat Keterangan Domisili)
- e. Ketentuan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada huruf b tidak berlaku bagi Peserta terdampak bencana alam yang pada saat terjadinya bencana tidak aktif status kepesertaannya.

2. Mekanisme:

- a. Peserta terdampak bencana alam yang belum melakukan pembayaran iuran, namun membutuhkan akses terhadap pelayanan kesehatan pada FKTP dan/atau FKTL dapat melaporkan diri ke Kantor BPJS Kesehatan terdekat untuk mengaktifkan status kepesertaan.
- b. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada angka 2 huruf a, dilakukan dengan menyerahkan:
 - 1). Surat pernyataan bermaterai yang berisi kesanggupan membayar iuran; dan
 - 2). salinan dokumen yang membuktikan domisili Peserta serta menunjukkan dokumen asli.
- c. Surat pernyataan sebagaimana dimaksud pada angka b angka (1) ditandatangani oleh:
 - 1). Pejabat yang ditunjuk oleh Pemberi Kerja bagi Peserta PPIJ Bukan Penyelenggara Negara; atau
 - 2). Peserta atau anggota keluarga yang tercantum dalam kartu keluarga bagi peserta PBP dan BP.
- d. Berdasarkan pelaporan sebagaimana dimaksud dalam angka 2 huruf a, BPJS Kesehatan melakukan aktivasi status kepesertaan, yang berlaku sampai dengan 1 (satu) bulan sejak berakhirnya masa Tanggap Darurat Bencana yang ditetapkan Pemerintah.
- e. Dalam hal sampai dengan batas waktu pembayaran iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud, Peserta terdampak bencana alam tidak melakukan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan melakukan penonaktifan status kepesertaan dan penjaminan dihentikan sementara. Dalam hal Peserta

dimaksud sedang dalam penjaminan rawat inap, penjaminan diberikan sampai dengan episode rawat inap berakhir.

BAB XVI

MONITORING DAN EVALUASI PENERIMAAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

A. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

1. Monitoring penerimaan iuran dilakukan oleh Kantor Pusat setiap bulan atas jumlah iuran dan jumlah peserta yang terdaftar.
2. Kantor pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran berkoordinasi dengan pemangku kepentingan terkait antara lain Kementerian Kesehatan dan KPPN (Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara) untuk melakukan monitoring atas penerimaan iuran.
3. UKPF Manajemen Iuran memastikan UKPF Kepesertaan telah menyampaikan rekapitulasi data peserta PBI-JK yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya di FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan.
4. UKPF Manajemen Iuran berkoordinasi dengan UKPF Kepesertaan untuk membuat kertas kerja atas penerimaan iuran dan jumlah peserta PBI-JK terdaftar di FKTP.
5. Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran melakukan kegiatan kunjungan rutin ke daerah bersama dengan pemangku kepentingan terkait untuk melakukan monitoring dan evaluasi sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam setahun.

B. Peserta Bukan Pekerja dan Anggota keluarganya Khusus Penerima Pensiun PNS, Prajurit/Anggota Polri, dan Pejabat Negara

1. Kantor Pusat c.q. UKPF Manajemen Iuran melakukan monitoring penerimaan iuran setiap bulan melalui Aplikasi OMSPAN.
2. UKPF Manajemen Iuran berkoordinasi dengan UKPF Kepesertaan untuk membuat kertas kerja atas penerimaan iuran dan jumlah peserta terdaftar.
3. Kantor pusat dalam hal ini UKPF Manajemen Iuran berkoordinasi dengan UKPF Kepesertaan beserta pemangku kepentingan terkait antara lain Kementerian Keuangan, PT. Taspen (Persero), PT. Asabri (Persero) untuk melakukan monitoring penerimaan iuran.

C. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja

1. Kantor Cabang:
 - a. Melakukan monitoring atas pengiriman tagihan kepada peserta dengan melakukan sampling melalui telepon/SMS/media pengirim pesan elektronik dan lainnya kepada peserta untuk memastikan bahwa tagihan lurannya telah diterima;
 - b. mencatat hasil konfirmasi melalui telepon/SMS/media pengirim pesan elektronik dan lainnya sebagai bahan evaluasi; dan
 - c. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian penerimaan luran serta umpan balik dari Kedeputian Wilayah dan Kantor Pusat untuk lebih mengoptimalkan kolektabilitas luran.
2. Kedeputian Wilayah:
 - a. Melakukan monitoring atas penerimaan luran per Kantor Cabang;
 - b. mengingatkan Kantor Cabang agar melakukan monitoring tagihan setiap awal bulan;
 - c. melakukan kunjungan setiap bulan ke Kantor Cabang untuk memastikan kegiatan penagihan telah berjalan dengan baik;
 - d. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian kolektabilitas luran dan menindaklanjuti umpan balik dari Kantor Pusat untuk peningkatan kolektabilitas; dan
 - e. menyampaikan capaian kolektabilitas luran Kantor Cabang setiap bulan.
3. Kantor Pusat:
 - a. Melakukan monitoring atas penerimaan luran per Kedeputian Wilayah;
 - b. berkoordinasi dengan Kedeputian Wilayah jika ada hal-hal yang menjadi kendala dalam proses penagihan;
 - c. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian untuk dilakukan peningkatan dan perbaikan;
 - d. menyampaikan umpan balik kepada Kedeputian Wilayah 1 (satu) bulan sekali; dan
 - e. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan kunjungan ke Kedeputian Wilayah dan Kantor Cabang yang memerlukan bimbingan teknis.

D. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah/Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III Yang Iurannya Dibayar Oleh Pemerintah Daerah (PBPU/BP Pemda)

1. Kantor Cabang:
 - a. Melakukan monitoring dan konfirmasi atas pengiriman tagihan kepada pemerintah daerah untuk memastikan bahwa tagihan luran telah diterima;
 - b. membuat laporan hasil kunjungan dalam rangka penagihan sebagai bahan evaluasi;
 - c. melakukan monitoring pencapaian pembayaran luran setiap pemerintah daerah sesuai Perjanjian Kerja Sama;
 - d. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian penerimaan luran, serta umpan balik dari Kedeputian Wilayah dan Kantor Pusat untuk lebih mengoptimalkan kolektabilitas luran; dan
 - e. menindaklanjuti hasil evaluasi serta menyampaikan umpan balik kepada pemerintah daerah yang belum merealisasikan pembayaran luran paling lambat tanggal 10 setiap bulan.
2. Kedeputian Wilayah:
 - a. Melakukan monitoring atas penerimaan luran per Kantor Cabang;
 - b. mengingatkan Kantor Cabang agar melakukan monitoring tagihan setiap pemerintah daerah sesuai Perjanjian Kerja Sama setiap bulan;
 - c. melakukan kunjungan ke Kantor Cabang yang memerlukan bimbingan teknis berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi untuk memastikan kegiatan penagihan telah berjalan dengan baik;
 - d. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian kolektabilitas luran dan menindaklanjuti umpan balik dari Kantor Pusat untuk peningkatan kolektabilitas luran; dan
 - e. menyampaikan umpan balik atas pencapaian kolektabilitas luran Kantor Cabang setiap bulan.
3. Kantor Pusat:
 - a. Melakukan monitoring atas penerimaan luran per Kedeputian Wilayah;
 - b. berkoordinasi dengan Kedeputian Wilayah apabila ada hal-hal yang menjadi kendala dalam proses penagihan;
 - c. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian untuk dilakukan peningkatan dan perbaikan;

- d. menyampaikan umpan balik kepada Kedeputian Wilayah 1 (satu) bulan sekali; dan
- e. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan kunjungan ke Kedeputian Wilayah dan Kantor Cabang yang memerlukan bimbingan teknis.

E. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) yang dibayar oleh Pemerintah Pusat

1. Luran Pemerintah Pusat selaku pemberi kerja yang sumber dananya dari APBN (DIPA)
 - a. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan monitoring penerimaan luran setiap bulan atas tagihan yang disampaikan ke Kementerian Keuangan.
 - b. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan kegiatan kunjungan ke daerah bersama dengan pemangku kepentingan terkait untuk melakukan monitoring dan evaluasi pemanfaatan dana luran JKN paling sedikit 1 (satu) tahun sekali.
 - c. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan evaluasi atas realisasi penerimaan luran dengan Kuasa Pengguna Anggaran Kementerian Keuangan setiap 3 (tiga) bulan sekali.
2. Luran yang bersumber dari potongan gaji peserta PPU dari pemerintah pusat yang disetor ke Kas Negara melalui mekanisme dana Perhitungan Pihak Ketiga (PFK).
 - a. Kantor Cabang:
 - 1). Monitoring penerimaan luran dengan mengumpulkan Bukti Penerimaan Negara atas penyetoran potongan gaji PPU Pemerintah Pusat yang disetor ke Kas Negara per satuan kerja setiap awal bulan;
 - 2). monitoring penerimaan luran per satuan kerja setiap bulan melalui Aplikasi OMSPAN;
 - 3). monitoring data pembayaran luran per satuan kerja melalui koordinasi data dengan KPPN;
 - 4). melakukan verifikasi dan validasi kode akun, kode lokasi dan jumlah setoran dengan membandingkan antara bukti penerimaan negara dengan data di aplikasi OMSPAN; dan
 - 5). menarik data dari aplikasi OMSPAN untuk dilakukan *approval* menggunakan Aplikasi luran Wajib.

b. Kedeputian Wilayah:

- 1). Monitoring atas penerimaan luran per Kantor Cabang atas potongan gaji peserta PPU Pemerintah Pusat melalui Aplikasi OMSPAN;
- 2). melakukan kunjungan ke Kantor Cabang yang memerlukan bimbingan teknis berdasarkan monitoring dan evaluasi pencapaian kolektabilitas luran yang tidak sesuai dengan target;
- 3). melakukan evaluasi atas hasil pencapaian kolektabilitas luran dan menindaklanjuti umpan balik dari Kantor Pusat untuk peningkatan kolektabilitas; dan
- 4). menyampaikan umpan balik atas pencapaian kolektabilitas luran Kantor Cabang setiap bulan.

c. Kantor Pusat:

- 1). UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan monitoring penerimaan setoran potongan gaji peserta PPU Pemerintah Pusat melalui aplikasi *Bussines Intelligence* (BI);
- 2). UKPF Penagihan dan Keuangan berkoordinasi dengan pemangku kepentingan terkait antara lain Kementerian Keuangan dan KPPN Khusus Penerimaan terkait pemutakhiran data serta apabila terjadi perbedaan data penerimaan setoran potongan gaji pada aplikasi OMSPAN dengan Bukti Penerimaan Negara;
- 3). melakukan evaluasi atas pencapaian kolektabilitas penerimaan luran setiap bulan dan menyampaikan umpan balik kepada Kedeputian Wilayah; dan
- 4). melakukan kegiatan kunjungan ke daerah bersama dengan pemangku kepentingan terkait untuk melakukan monitoring dan evaluasi (uji petik) pelaksanaan setoran potongan gaji minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

F. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Yang Dibayar Oleh Pemerintah Daerah

1. Kantor Cabang:

- a. Monitoring penerimaan luran dengan mengumpulkan Bukti Penerimaan Negara atas penyetoran potongan gaji PPU pemerintah daerah dan luran wajib pemerintah daerah yang disetor ke Kas Negara setiap awal bulan;

- b. monitoring penerimaan luran atas penyetoran potongan gaji PPU pemerintah daerah dan luran wajib pemerintah daerah setiap bulan melalui aplikasi OMSPAN;
 - c. melakukan verifikasi dan validasi kode akun, kode lokasi dan jumlah setoran dengan membandingkan antara bukti penerimaan negara dengan data di aplikasi OMSPAN; dan
 - d. menyampaikan umpan balik kepada pemerintah daerah dalam hal terjadi kesalahan pencatatan kode akun, kode lokasi, dan jumlah setoran luran PPU pemerintah daerah.
2. Kedeputian Wilayah:
- a. Monitoring penerimaan luran per Kantor Cabang atas penyetoran potongan gaji PPU pemerintah daerah dan luran wajib pemerintah daerah melalui Aplikasi OMSPAN;
 - b. melakukan kunjungan ke Kantor Cabang yang memerlukan bimbingan teknis berdasarkan monitoring dan evaluasi pencapaian kolektabilitas luran yang tidak sesuai dengan target;
 - c. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian kolektabilitas luran dan menindaklanjuti umpan balik dari Kantor Pusat untuk peningkatan kolektabilitas; dan
 - d. menyampaikan umpan balik atas pencapaian kolektabilitas luran Kantor Cabang setiap bulan.
3. Kantor Pusat:
- a. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan monitoring penerimaan setoran potongan gaji PPU Pemerintah daerah dan luran wajib Pemerintah daerah melalui aplikasi OMSPAN;
 - b. UKPF Penagihan dan Keuangan berkoordinasi dengan pemangku kepentingan terkait antara lain Kementerian Keuangan dan KPPN Khusus Penerimaan terkait pemutakhiran data serta apabila terjadi perbedaan data penerimaan setoran potongan gaji PPU Pemerintah daerah dan luran wajib pemerintah daerah pada aplikasi OMSPAN dengan Bukti Penerimaan Negara;
 - c. melakukan evaluasi atas pencapaian kolektabilitas penerimaan potongan gaji PPU Pemerintah daerah dan luran wajib Pemerintah daerah setiap bulan dan menyampaikan umpan balik kepada Kedeputian Wilayah; dan

- d. melakukan kegiatan kunjungan ke daerah bersama dengan pemangku kepentingan terkait untuk melakukan monitoring dan evaluasi (uji petik) pelaksanaan penyetoran potongan gaji PPU pemerintah daerah dan luran wajib pemerintah daerah minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

G. Peserta Pekerja Penerima Upah Badan Usaha (PPU BU/Pegawai Swasta)

1. Kantor Cabang:
 - a. melakukan konfirmasi secara *pareto* melalui telepon/SMS/media pengirim pesan elektronik kepada badan usaha untuk memastikan bahwa tagihan luran telah diterima;
 - b. melakukan monitoring atas hasil aktivitas konfirmasi melalui telepon/SMS/media pengirim pesan elektronik kepada badan usaha;
 - c. melakukan monitoring penerimaan luran badan usaha melalui aplikasi Business Intelligence; dan
 - d. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian penerimaan luran serta umpan balik dari Kedeputian Wilayah dan Kantor Pusat untuk lebih mengoptimalkan kolektabilitas luran.
2. Kedeputian Wilayah:
 - a. Melakukan monitoring penerimaan luran badan usaha per Kantor Cabang melalui aplikasi *Business Intelligence*;
 - b. mengingatkan Kantor Cabang agar melakukan monitoring penerimaan tagihan setiap awal bulan pada saat pengiriman tagihan;
 - c. melakukan kunjungan ke Kantor Cabang yang memerlukan bimbingan teknis berdasarkan monitoring dan evaluasi pencapaian kolektabilitas luran yang tidak sesuai dengan target;
 - d. melakukan evaluasi atas hasil pencapaian dan tindak lanjut atas umpan balik dari Kantor Pusat untuk dilakukan peningkatan dan perbaikan; dan
 - e. menyampaikan umpan balik kolektabilitas penerimaan luran kepada Kantor Cabang 1 (satu) bulan sekali.
3. Kantor Pusat:
 - a. Berkoordinasi dengan UKPF Manajemen Data Informasi dan UKPF Operasional Teknologi Informasi untuk memastikan *e-mail blast* tagihan telah dikirimkan kepada badan usaha setiap awal bulan;

- b. melakukan monitoring pengiriman e-mail blast melalui aplikasi Business Intelligence per Kedeputian Wilayah;
- c. melakukan monitoring penerimaan luran per Kedeputian Wilayah melalui Aplikasi *Business Intelligence*; dan
- d. menyampaikan umpan balik kolektabilitas penerimaan luran kepada Kedeputian Wilayah 1 (satu) bulan sekali.

H. Monitoring Atas Pembayaran luran Tertunggak Pemerintah Daerah (luran Wajib Pemda, Kontribusi luran, luran PBPU yang dibayarkan oleh Pemda, Bantuan luran Bagi Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di ruang Perawatan Kelas 3 Oleh Pemerintah daerah Dan/Atau Pemerintah Pusat dan Bantuan luran Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di ruang Perawatan Kelas 3).

1. Kedeputian Wilayah dan Kantor Cabang agar melakukan:
 - a. Monitoring dan evaluasi atas pemerintah daerah yang belum melakukan pembayaran luran tertunggak pemerintah daerah;
 - b. melakukan identifikasi jumlah Pemerintah daerah yang belum dan telah menyepakati besaran tunggakan;
 - c. melakukan identifikasi jumlah pemerintah daerah yang tidak bersedia melakukan rekonsiliasi dan/atau tidak menyepakati sebagian atau seluruh jumlah tunggakan; dan
 - d. membuat Berita Acara kesepakatan besaran tunggakan luran atau Berita Acara tidak sepakat sebagian atau seluruh jumlah tunggakan luran dengan pemerintah daerah.
2. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan monitoring dan evaluasi atas:
 - a. Jumlah pemerintah daerah yang belum dan telah menyepakati besaran tunggakan;
 - b. jumlah pemerintah daerah yang tidak bersedia melakukan rekonsiliasi dan/atau tidak menyepakati sebagian atau seluruh jumlah tunggakan;
 - c. jumlah Berita Acara kesepakatan besaran tunggakan luran atau Berita Acara tidak sepakat sebagian atau seluruh jumlah tunggakan luran dengan pemerintah daerah;
 - d. jumlah pemerintah daerah dan besaran tunggakan yang penetapannya harus dilakukan oleh BPKP; dan

- e. jumlah pemerintah daerah dan besaran tunggakan yang telah diusulkan penyelesaiannya melalui pemotongan DAU dan/atau DBH ke Kementerian Keuangan.
- 3. UKPF Penagihan dan Keuangan dan/atau Kedeputian Wilayah dapat melakukan monitoring atau kunjungan ke Kantor Cabang dalam rangka pendampingan advokasi.

I. Monitoring Pembayaran Iuran Tertunggak Pemberi Kerja Peserta Pekerja Penerima Upah Selain Penyelenggara Negara yang Dilakukan Secara Bertahap.

1. Monitoring dan Evaluasi

Implementasi program pembayaran tunggakan iuran secara bertahap dilaksanakan dengan monitoring dan evaluasi sebagai berikut:

- a. Kantor Cabang melakukan monitoring penerimaan iuran badan usaha yang membayar iuran secara bertahap sesuai jadwal yang disepakati dan mengisi Kartu Monitoring Penerimaan Iuran Secara Bertahap.
- b. Untuk menjaga agar badan usaha membayar tepat waktu sesuai dengan kesepakatan, fungsi penagihan Kantor Cabang agar mengingatkan kepada badan usaha untuk membayar tunggakan setiap bulan paling lambat 1 (satu) hari sebelum tanggal jatuh tempo sesuai jadwal tahapan pembayaran.
- c. Dalam hal badan usaha belum melunasi tunggakan iuran sampai batas akhir jangka waktu pembayaran yang telah disepakati, unit kerja fungsi penagihan mengirimkan pemberitahuan kepada badan usaha untuk segera melunasi sisa tunggakan iuran dan meminta kepastian tanggal pelunasan tunggakan iuran.

2. Tindak Lanjut atas Hasil Monitoring dan Evaluasi

Apabila berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi diperoleh kondisi bahwa badan usaha tidak melunasi tunggakan iuran pada waktu yang telah ditentukan sesuai Kesepakatan Pembayaran Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Secara Bertahap, maka diberlakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Dalam hal badan usaha menyatakan tidak sanggup melunasi tunggakan iuran karena pailit/sudah tidak beroperasi dengan disertai bukti-bukti yang dapat dipertanggungjawabkan, maka yang harus dilakukan:
 - 1). Berdasarkan bukti-bukti pendukung, Kantor Cabang mengirimkan surat usulan pemindahbukuan dana sejumlah tahapan setoran yang telah

terkumpul ke rekening *Virtual Account* atas nama badan usaha terkait ke Kedeputan Wilayah.

- 2). Kedeputan Wilayah membuat rekapitulasi usulan pemindahbukuan dana tahapan dari Kantor Cabang dan mengirimkannya ke Kantor Pusat c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan.
 - 3). UKPF Penagihan dan Keuangan membuat rekapitulasi permohonan pemindahbukuan dana dari Kedeputan Wilayah dan mengajukan surat permintaan pemindahbukuan dana dari rekening penampung setoran tunggakan ke rekening *Virtual Account* atas nama badan usaha ke UKPF Treasury dan Investasi.
 - 4). UKPF Treasury dan Investasi melakukan pemindahan dana sebagaimana maksud surat perintah dari UKPF Penagihan dan Keuangan, dari rekening penampungan ke rekening penerimaan luran *Virtual Account* atas nama badan usaha terkait.
 - 5). UKPF Treasury dan Investasi mengirimkan bukti pemindahan dana kepada UKPF Akuntansi, untuk pencatatan penerimaan luran sesuai ketentuan, dan memberitahukan Kantor Cabang, bahwa dana telah dipindahkan ke rekening *Virtual Account*.
 - 6). Fungsi penagihan Kantor Cabang menyampaikan informasi ketidaksanggupan membayar badan usaha kepada fungsi kepesertaan dan perluasan peserta Kantor Cabang untuk diberhentikan kepesertaannya (Lapse).
 - 7). UKPF Penagihan dan Keuangan mengusulkan penyisihan piutang atas nama badan usaha tersebut kepada UKPF Akuntansi.
- b. Dalam hal badan usaha tidak melunasi tunggakan luran tanpa keterangan sampai batas akhir jangka waktu pembayaran yang telah disepakati, maka pada akhir masa pembayaran yang disepakati, yang harus dilakukan:
- 1). Kantor Cabang mengusulkan pemindahan dana sejumlah tahapan setoran yang telah terkumpul ke rekening *Virtual Account* atas nama badan usaha terkait ke Kedeputan Wilayah yang selanjutnya diteruskan ke Kantor Pusat c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan.
 - 2). Fungsi penagihan Kantor Cabang menginformasikan dan melimpahkan kembali kasus badan usaha tersebut ke unit kerja yang melaksanakan fungsi kepatuhan untuk dilakukan tindakan penegakan kepatuhan.

- 3). Dalam hal berdasarkan hasil pemeriksaan oleh fungsi kepatuhan ternyata Badan Usaha masih mampu untuk membayar secara bertahap dan mengajukan permohonan untuk melakukan pembayaran secara bertahap dengan penjadwalan ulang pembayaran, maka persetujuan dapat diberikan oleh Kepala Cabang setelah mendapatkan persetujuan dari Direksi berdasarkan telaahan dan analisa finansial yang cukup, paling banyak untuk perpanjangan 12 bulan.

J. Penyelesaian Pembayaran Atas Kekurangan Denda Pelayanan

Untuk mengetahui efektifitas pelaksanaan kegiatan penyelesaian denda, perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terkait strategi yang telah diterapkan. Dengan pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan ini yang baik, setiap ada penyimpangan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan ketentuan dapat segera diperbaiki sehingga tidak menimbulkan masalah yang lebih besar, sehingga sasaran atau target dapat tercapai.

Proses monitoring pada masing-masing unit kerja terkait Kantor Pusat, Kedeputian Wilayah, dan Kantor Cabang sebagai berikut:

1. Kantor Cabang:
 - a. Melakukan monitoring atas peserta/pemberi kerja yang memiliki tunggakan;
 - b. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap data-data peserta yang membayar denda untuk menjadi target prioritas telekolekting; dan
 - c. menyampaikan laporan kepada Kedeputian Wilayah.
2. Kedeputian Wilayah:
 - a. Kedeputian Wilayah melakukan monitoring dan umpan balik atas peserta yang membayar denda dan upaya telekolekting yang dilakukan oleh Kantor Cabang; dan
 - b. Kedeputian Wilayah melaporkan hasil monitoring kepada Kantor Pusat.
3. Kantor Pusat:

Melakukan rekapitulasi, menyampaikan umpan balik serta monitoring dan evaluasi kepada Kedeputian Wilayah yang pencapaian telekolektingnya masih rendah.

K. Kontribusi luran, luran PBPU Pemda, Bantuan luran Bagi Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah Dan/Atau Pemerintah Pusat dan Bantuan luran Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III.

1. Kontribusi luran:

- a. BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan melakukan monitoring atas proses penagihan yang dilakukan Kantor Cabang berdasarkan data yang menjadi lampiran pada Berita Acara hasil rekonsiliasi antara Kementerian Kesehatan dengan BPJS Kesehatan (UKPF Penagihan dan Keuangan dan UKPF Kepesertaan) untuk selanjutnya data tersebut menjadi dasar rekonsiliasi Kantor Cabang dengan pemerintah provinsi.
- b. Monitoring pembayaran kontribusi luran dilakukan sejak tagihan dikirimkan sampai dengan pembayaran direalisasikan.

2. Bantuan luran Pemerintah Pusat:

- a. BPJS Kesehatan c.q. UKPF Penagihan dan Keuangan menyampaikan laporan penerimaan bantuan luran pemerintah pusat pada tanggal 15 bulan berikutnya kepada Kementerian Keuangan.
- b. Monitoring pembayaran bantuan luran pemerintah pusat dilakukan sejak tagihan dikirimkan sampai dengan pembayaran direalisasikan.

3. Bantuan luran Pemerintah Daerah:

a. Monitoring Penganggaran

- 1). Dalam rangka memastikan ketersediaan dana untuk membayar Bantuan luran, Penganggaran luran Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Daerah:
- 2). Penganggaran Bantuan luran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III oleh pemerintah daerah dilakukan bersamaan dengan penganggaran lurannya.
- 3). Mekanisme penganggaran bantuan luran untuk Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III oleh pemerintah daerah mengikuti mekanisme penganggaran luran.

- b. Monitoring Penagihan Bantuan Iuran Kepada Pemerintah Daerah.
Monitoring dan evaluasi bantuan iuran mengacu kepada monitoring dan evaluasi iuran yang ditagihkan kepada pemerintah daerah
 - c. Monitoring Pembayaran Bantuan Iuran
4. Peserta PBPU dan Peserta BP Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III:
- a. Kantor Cabang menerima proyeksi Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III status peserta aktif sesuai dengan wilayah daerah tempat peserta terdaftar di fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk tahun berikutnya dari Kantor Pusat c.q. UKPF Kepesertaan.
 - b. Kantor Cabang menyampaikan data proyeksi perhitungan anggaran bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III, dalam rangka penganggaran bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III kepada pemerintah daerah yang mengelola pendapatan dan keuangan daerah untuk memastikan pengajuan anggaran iuran jaminan kesehatan tersebut telah diakomodir.
 - c. Pada awal tahun, Kantor Cabang melakukan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk mendapatkan informasi penganggaran bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dan meminta salinan/fotokopi Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) sebagai bukti bahwa bantuan iuran atas Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang telah ditetapkan.
 - d. Dalam hal anggaran bantuan iuran Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III tidak mencukupi pada periode tahun anggaran tersebut, maka Kantor Cabang berkoordinasi dengan pemerintah daerah untuk mengusulkan penambahan anggaran atas kekurangan penganggaran tersebut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Berdasarkan hasil koordinasi tersebut, Kantor Cabang harus memastikan bahwa penambahan anggaran tersebut tersedia.

BAB XVII

KEMITRAAN DALAM PENAGIHAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

Dalam rangka optimalisasi pengumpulan iuran, peningkatan kolektibilitas dan akurasi data penerimaan iuran jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan bermitra, memelihara dan membina hubungan baik dengan pemangku kepentingan. Untuk menjaga hubungan baik dengan mitra BPJS Kesehatan dilaksanakan kegiatan-kegiatan dalam bentuk pertemuan yang bersifat rutin maupun insidental, berupa kegiatan rekonsiliasi, penyusunan regulasi, rapat koordinasi, advokasi, sosialisasi, edukasi, monitoring dan evaluasi bersama, dan/atau kegiatan lain yang relevan. Pemangku kepentingan yang dilibatkan dalam kegiatan kemitraan terkait pengumpulan iuran terdiri dari Pemerintah Pusat dan Daerah sebagai Penyelenggara Negara, mitra pemberi kerja peserta jaminan kesehatan selain penyelenggara negara, dan pihak lainnya yang terkait.

A. Kemitraan dengan Penyelenggara Negara

BPJS Kesehatan melaksanakan program kemitraan dengan Pemerintah sebagai Penyelenggara Negara di tingkat Pusat dan Daerah dalam rangka pengumpulan iuran, guna meningkatkan kolektibilitas dan akurasi data penerimaan iuran Jaminan Kesehatan dalam kapasitas Penyelenggara Negara sebagai:

1. Regulator program Jaminan Kesehatan;
2. Pemberi kerja yang membayarkan iuran peserta pekerja penerima upah penyelenggara negara (Kepala dan Wakil Kepala Daerah, Ketua dan Anggota DPR dan DPRD, PNS, Prajurit, Polri, PPNNP, PPPK); dan
3. Pihak yang membayarkan iuran Bukan Pekerja (PBI, BP (Pensiunan PNS, TNI, POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan), PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yang dibayarkan iurannya oleh pemerintah daerah).

B. Program Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan

Program kemitraan dengan pemangku kepentingan tingkat provinsi dan tingkat kabupaten atau kota merupakan kegiatan yang dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan dan membangun hubungan kemitraan, koordinasi dan komunikasi

yang baik antara BPJS Kesehatan dengan pemangku kepentingan di tingkat provinsi, kabupaten atau kota dalam mengkomunikasikan, melakukan sosialisasi dan memastikan kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional di tingkat provinsi/kabupaten/kota dapat dipahami dan terimplementasi sesuai ketentuan.

Program kemitraan dengan pemangku kepentingan tingkat pusat merupakan kegiatan yang dilaksanakan untuk mengawal dan menyelaraskan implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan di tingkat provinsi/kabupaten/kota serta mengevaluasi kebijakan program Jaminan Kesehatan yang dinilai tidak lagi relevan, selain untuk meningkatkan hubungan kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan pemangku kepentingan utama di tingkat pusat.

Kegiatan kemitraan dilaksanakan dengan mekanisme sebagai berikut:

1. Dengan menerbitkan Surat Keputusan Tim Pelaksana Kegiatan:
 - a. Dibentuk tim khusus melalui penerbitan Surat Keputusan Tim Pelaksana Kegiatan beranggotakan berbagai unsur unit kerja pelaksana fungsi terkait, dengan jumlah anggota tim sesuai kebutuhan; dan
 - b. Atas pelaksanaan kegiatan tersebut dapat diberikan honorarium sebagai tim pelaksana kegiatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Tanpa menerbitkan Surat Keputusan Tim Pelaksana Kegiatan:

Untuk pelaksanaan kegiatan ini dapat diberikan honorarium dalam bentuk sebagai berikut:

 - a. Pihak Eksternal
 - 1). Honorarium narasumber atau uang saku rapat dalam hal kegiatan dilaksanakan di dalam kota; atau
 - 2). Honorarium narasumber dan/atau uang saku perjalanan dinas dalam hal kegiatan dilaksanakan di luar kota;
 - b. Pihak Internal
 - 1). Uang saku rapat dalam hal kegiatan dilaksanakan di dalam kota; atau
 - 2). Uang saku perjalanan dinas jika kegiatan dilaksanakan di luar kota;
3. Pemilihan opsi pelaksanaan kegiatan dengan/atau tanpa melalui Surat Keputusan Tim Pelaksanaan Kegiatan dan bentuk pemberian honorarium dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip kepatutan, kewajaran dan

efisiensi operasional, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

C. Pembinaan Kemitraan dengan Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara (Badan usaha)

Pembinaan kemitraan dengan pemberi kerja selain penyelenggara negara (badan usaha) dilaksanakan dengan mekanisme sebagai berikut:

1. Kegiatan pembinaan kemitraan dengan badan usaha dilaksanakan dengan tujuan:
 - a. Sebagai bentuk apresiasi bagi badan usaha yang memberikan kontribusi terbesar dalam pembayaran luran dan rutin membayar luran tepat waktu paling lambat tanggal 10 setiap bulan, dengan maksud menjaga loyalitas badan usaha dan meningkatkan motivasi badan usaha untuk meningkatkan loyalitas sebagai mitra pemberi kerja yang mengkoordinir pembayaran luran Peserta Pekerja Penerima Upah Swasta membayar luran tepat waktu secara konsisten;
 - b. Sebagai upaya meningkatkan kualitas layanan dalam rangka meningkatkan kepuasan Badan usaha dalam segmen pembayaran luran, dengan mendengarkan keluhan badan usaha terkait permasalahan dalam pembayaran luran;
 - c. Sebagai upaya pendekatan terhadap badan usaha dalam rangka meningkatkan partisipasi dalam program Jaminan Kesehatan melalui penyaluran dana Corporate Social Responsibility (CSR) untuk membantu Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau Bukan Pekerja (BP) mandiri yang tidak mampu membayar tunggakan dan kewajiban luran, namun tidak termasuk dalam kuota Penerima Bantuan luran Jaminan Kesehatan, dan tidak didaftarkan serta dibayarkan lurannya oleh pemerintah daerah.
2. Kegiatan dikemas dalam bentuk kunjungan pertemuan dan dialog antara Kantor Cabang/Kantor Kabupaten dengan sejumlah badan usaha yang memiliki kriteria jumlah pembayaran luran tertinggi atau badan usaha.
3. Atas kegiatan ini dapat diberikan konsumsi rapat dan cendera mata berupa plakat/ piagam penghargaan/bentuk penghargaan lainnya dengan besaran

sesuai ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan kewajaran dan kepatutan.

D. Kegiatan Kemitraan dengan Instansi Terkait pada Kunjungan Lapangan Dalam Rangka Penagihan Tunggakan Iuran

BPJS Kesehatan melaksanakan kegiatan kemitraan dengan instansi terkait untuk mendapatkan solusi mengenai ketetapan status Badan Usaha menunggak lebih dari 1 bulan yang telah tutup atau tidak operasional.

Kegiatan kemitraan dilaksanakan dalam bentuk pertemuan koordinasi dalam rangka memperoleh informasi atas status Badan Usaha dimaksud, atau dalam bentuk kunjungan lapangan dalam rangka penagihan iuran untuk memastikan status Badan Usaha tersebut.

Untuk kelancaran koordinasi dengan instansi yang diperlukan dukungannya dalam kegiatan kemitraan ini dapat diberikan biaya operasional dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Bagi pihak internal diberikan uang saku kunjungan sebesar Rp150.000/hari untuk kunjungan yang dilakukan di dalam kota, atau uang saku perjalanan dinas dalam hal kunjungan dilakukan di luar kota, berlaku untuk kunjungan kepada paling sedikit 2 (dua) Badan Usaha per hari yang dipilih berdasarkan skala prioritas.
2. Bagi pihak eksternal yang dilibatkan dalam kegiatan ini diberikan uang saku kunjungan sebesar Rp150.000/hari dalam hal kunjungan dilakukan di dalam kota, dan uang saku perjalanan dinas jika kunjungan dilakukan diluar kota, berlaku untuk kunjungan kepada paling sedikit 2 (dua) Badan Usaha per hari yang dipilih berdasarkan skala prioritas.
3. Dalam hal kunjungan dilakukan bersama pihak eksternal, kepada pelaksana kunjungan lapangan (internal maupun eksternal) dapat diberikan konsumsi dalam bentuk natura paling banyak Rp75.000,- per orang.
4. Terhadap pemberian uang saku kunjungan bagi pihak internal dan eksternal dikenakan pajak sesuai ketentuan yang berlaku.
5. Biaya yang timbul sehubungan dengan kegiatan kemitraan ini dibebankan pada anggaran program upaya penagihan iuran tahun berjalan, dan dipertanggungjawabkan dengan berkas pertanggungjawaban sebagai berikut:

- a. Surat tugas bagi pihak internal maupun eksternal
 - b. Berita Acara Kunjungan Penagihan yang ditandatangani oleh BPJS Kesehatan dan instansi terkait
 - c. Foto lokasi yang dapat menunjukkan nama lokasi dan waktu pengambilan gambar.
 - d. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPTJM)
 - e. Kuitansi atau daftar penerimaan honorarium apabila tidak dibuat kuitansinya
6. Pelaksanaan kunjungan lapangan dapat dilaksanakan dan disinergikan dengan kegiatan dari unit kerja lainnya dengan memperhatikan ketersediaan anggaran.

BAB XVIII
PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*)
DALAM PENGELOLAAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

A. Kecurangan (*Fraud*) dalam Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan

Fraud adalah tindakan penyimpangan atau pembiaran yang sengaja dilakukan untuk mengelabui, menipu, atau memanipulasi suatu entitas, peserta, atau pihak lain yang terjadi di lingkungan entitas, dan/atau menggunakan sarana milik entitas, sehingga entitas, peserta, atau pihak lain menderita kerugian, dan/atau pelaku *Fraud* memperoleh keuntungan keuangan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Kecurangan (*fraud*) dalam pengelolaan Iuran jaminan kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional Kesehatan adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, pegawai BPJS Kesehatan, mitra, dan pihak lain untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. Kategori Kecurangan (*Fraud*) dalam Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan

Menurut *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE), kecurangan (*fraud*) dibagi menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu:

1. Kecurangan (*fraud*) laporan keuangan, yakni kecurangan (*fraud*) yang dilakukan, dengan cara menyajikan aset/pendapatan lebih tinggi dari yang sebenarnya, menyajikan aset/pendapatan lebih rendah dari yang sebenarnya, atau menyajikan laporan keuangan yang menyesatkan pengguna. Dalam pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan, kecurangan laporan keuangan dapat berupa penyajian pendapatan iuran dan penerimaan iuran yang lebih tinggi dari yang sebenarnya, dan penyajian piutang iuran yang lebih rendah dari yang seharusnya, tidak sesuai dengan kaidah pencatatan piutang iuran yang berlaku;
2. Penyalahgunaan aset, yakni kecurangan (*fraud*) yang dilakukan dengan cara menyalahgunakan kewenangan pengelolaan aset dan mengambil secara ilegal

aset yang seharusnya dikelola. Dalam pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan, penyalahgunaan aset dapat berupa penggunaan aset secara fisik maupun aset berupa data peserta dan data iuran peserta;

3. Korupsi, yakni tindak pidana dalam bentuk benturan kepentingan, penyuapan, atau pemberian hadiah yang tidak legal, dan pemerasan. Korupsi yang terjadi dalam pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan dapat berupa tindak pidana benturan kepentingan, di mana petugas/pejabat terkait pengelolaan iuran memiliki kepentingan pribadi dalam penggunaan wewenang yang diberikan kepadanya, sehingga dapat mempengaruhi kualitas keputusan dan/atau tindakannya, tindak pidana penerimaan suap atau hadiah yang tidak legal dari pihak yang wajib membayar iuran untuk melakukan manipulasi data yang menguntungkan pihak pembayar iuran dan merugikan BPJS Kesehatan, atau melakukan pemerasan terhadap pihak peserta/pembayar iuran dengan ancaman penyebaran informasi terkait peserta/pihak pembayar iuran.

C. Pihak Yang Berpotensi Melakukan Tindak Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan.

Kecurangan dalam pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan berpotensi dilakukan oleh:

1. Peserta atau pemberi kerja;
2. Pegawai BPJS Kesehatan;
3. Mitra kanal pembayaran;
4. Kader JKN-KIS;
5. Pemangku kepentingan lainnya, yang merupakan pihak ketiga yang tidak terikat dengan hubungan kepesertaan dan/atau kemitraan (selain angka 1, 2, 3 dan 4) yang merupakan pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya kecurangan (*fraud*).

D. Tindakan yang dikategorikan sebagai Kecurangan (*Fraud*) dalam pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan

1. Tindakan yang dikategorikan sebagai kecurangan dalam pengelolaan Iuran jaminan kesehatan yang dilakukan oleh peserta atau pemberi kerja meliputi:
 - a. Tindak kecurangan yang dilakukan oleh peserta PBP dan BP

- 1). Membuat pernyataan yang tidak benar mengenai identitas diri untuk mengurangi perhitungan iuran yang wajib dibayarkan;
 - 2). Mendaftarkan dan membayarkan iuran tidak sesuai dengan jumlah keseluruhan anggota keluarga pada Kartu Keluarga;
 - 3). Memalsukan bukti pembayaran iuran dan menggunakannya sebagai alat untuk melakukan tindak penipuan terkait pembayaran iuran;
 - 4). Memberikan gratifikasi kepada petugas BPJS Kesehatan untuk mempermudah proses administrasi;
 - 5). Bekerja sama dengan pegawai internal dalam memanipulasi iuran (contoh: mempengaruhi pegawai internal untuk melakukan manipulasi data pada sistem kepesertaan sehingga peserta dapat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan tanpa membayar iuran dengan memindahkan ke segmen peserta yang tidak perlu membayar iuran secara mandiri, atau memanipulasi data pembayaran iuran agar tagihan terbaca sudah lunas pada saat peserta akan mengakses manfaat pelayanan kesehatan);
 - 6). Melakukan tindakan kecurangan terkait pembayaran iuran lainnya selain angka 1 sampai dengan angka 5.
- b. Tindak kecurangan yang dilakukan oleh Pemberi Kerja Pegawai Swasta (PPU BU)
- 1). Membuat pernyataan yang tidak benar mengenai identitas diri atau pekerjaanya untuk mengurangi perhitungan iuran yang wajib dibayarkan, terdiri dari:
 - a). Memanipulasi jumlah pekerja menjadi lebih sedikit;
 - b). Hanya mendaftar pekerja yang memiliki risiko tinggi;
 - c). Memanipulasi data jumlah gaji dan tunjangan yang dibayarkan pada saat mendaftar agar memperoleh hak perawatan tertinggi (kelas I) dengan gaji paling rendah di kelas tersebut sebagai dasar perhitungan iuran;
 - d). Tidak mendaftar dan/atau membayarkan iuran diri dan pekerja serta anggota keluarga yang seharusnya menjadi kewajibannya.
 - 2). Memberikan gratifikasi kepada petugas BPJS Kesehatan/instansi yang terkait penetapan status kepesertaan untuk memperoleh status selain dari peserta PPU BU bagi pekerjaanya.

- 3). Memalsukan bukti pembayaran luran dan menggunakannya sebagai alat untuk melakukan tindak penipuan terkait pembayaran luran
 - 4). Memberikan gratifikasi kepada petugas BPJS Kesehatan untuk mengurangi tagihan/tunggakan luran, atau untuk mempermudah proses administrasi
 - 5). Melakukan tindakan kecurangan terkait pembayaran luran lainnya selain angka 1 sampai dengan 4.
2. Tindakan kecurangan dalam pengelolaan luran jaminan kesehatan yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan dapat meliputi:
- a. Menerima pembayaran luran secara tunai atau menggunakan rekening pribadi, menahan dana tersebut selama beberapa waktu, dan menyalurkannya ke *Virtual Account* peserta/pemberi kerja setelah beberapa waktu kemudian, dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan pribadi dari penangguhan penyaluran dana tersebut.
 - b. Menerima pembayaran luran secara tunai atau menggunakan rekening pribadi, tidak menyalurkan ke *Virtual Account* peserta/pemberi kerja, dan menggunakannya untuk kepentingan pribadi.
 - c. Menerima gratifikasi atas kerja sama dengan peserta/pemberi kerja untuk mengurangi data tagihan/tunggakan luran.
 - d. Menerima gratifikasi atas kerja sama dengan peserta/pemberi kerja untuk mempermudah proses administrasi.
 - e. Penggunaan aplikasi di luar kewenangannya.
 - f. Memanfaatkan data tagihan dan pembayaran luran untuk kepentingan pihak eksternal yang dapat merugikan Peserta/BPJS Kesehatan.
 - g. Membuat tagihan luran palsu (*phantom billing*) untuk keuntungan pribadi.
 - h. Menyalahgunakan kewenangan dalam pengelolaan data peserta menunggak, bekerja sama dengan mitra tertentu secara pribadi dengan mengarahkan peserta untuk melakukan pembayaran ke mitra atau kanal pembayaran tertentu untuk keuntungan mitra /kanal dan keuntungan pribadi.
 - i. Melakukan tindakan kecurangan terkait pembayaran luran lainnya selain huruf a sampai dengan huruf h.
3. Tindakan kecurangan dalam pengelolaan luran jaminan kesehatan yang dilakukan oleh mitra kanal pembayaran meliputi:

- a. Penyalahgunaan rekening pribadi oleh pihak *channel agent* / mitra kanal pembayaran untuk menerima pembayaran luran peserta, menahan dana tersebut, dan menyalurkan dana luran ke *Virtual Account* setelah beberapa waktu kemudian, atau tidak menyalurkannya ke *Virtual Account* untuk tujuan keuntungan pribadi.
 - b. Menarik biaya dari peserta atas pembayaran luran di luar ketentuan yang disepakati bersama BPJS Kesehatan
 - c. Tidak memberikan pelayanan pembayaran luran sesuai dengan perjanjian kerja sama/ kesepakatan bersama antara mitra dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk keuntungan mitra.
 - d. Menahan dana luran yang terkumpul pada mitra kanal pembayaran dan menyalurkan ke rekening yang disediakan BPJS Kesehatan melebihi waktu yang ditentukan tanpa alasan yang dapat dibenarkan untuk keuntungan mitra.
 - e. Melakukan tindakan kecurangan terkait pembayaran luran lainnya selain huruf a sampai dengan huruf d.
4. Tindakan kecurangan dalam pengelolaan luran jaminan kesehatan yang dilakukan oleh mitra kader JKN meliputi:
 - a. Menggunakan rekening pribadi atau menerima luran atau tunggakan luran secara tunai, menahan dana tersebut, dan menyalurkannya ke *Virtual Account* peserta setelah beberapa waktu kemudian, atau tidak menyalurkan ke *Virtual Account* peserta (melakukan penggelapan dana luran) dengan tujuan untuk keuntungan pribadi.
 - b. Melakukan tindak kriminal seperti penipuan, pemerasan, atau kekerasan terhadap peserta dengan mengatasnamakan BPJS Kesehatan.
 - c. Melakukan tindak kolusi dengan pegawai BPJS Kesehatan untuk mendapatkan peserta binaan yang diatur sedemikian rupa untuk keuntungan Mitra Kader JKN.
 - d. Melakukan tindakan kecurangan terkait pembayaran luran lainnya selain huruf a sampai dengan huruf c.
 5. Tindakan kecurangan dalam pengelolaan luran jaminan kesehatan yang dilakukan oleh pihak ketiga yang tidak terikat dengan hubungan kepesertaan dan/atau kemitraan, meliputi:

- a. Melakukan penipuan dengan berpura-pura menjadi pegawai BPJS Kesehatan/kader JKN dan melakukan penagihan luran/tunggakan luran untuk keuntungan pribadi.
- b. Melakukan tindakan kecurangan terkait pembayaran luran lainnya selain huruf a.

E. Pengendalian Kecurangan (*Fraud*)

Dalam rangka mengendalikan risiko terjadinya fraud, BPJS Kesehatan melaksanakan fungsi pengendalian fraud dan menerapkan strategi anti *fraud*.

Fungsi pengendalian fraud dalam pengelolaan luran meliputi aspek-aspek sebagai berikut:

1. Pengawasan Aktif Manajemen

Manajemen BPJS Kesehatan mempunyai tanggung jawab menciptakan dan memelihara sistem pengawasan yang efektif serta memastikan bahwa sistem tersebut berjalan secara aman dan sehat sesuai dengan tujuan BPJS Kesehatan. Pengawasan aktif manajemen dalam pengendalian fraud pada pengelolaan luran paling sedikit meliputi:

- a. Pengendalian fraud secara menyeluruh yang dilakukan oleh direksi atau yang setara dalam pelaksanaan tugas, wewenang, dan tanggung jawab;
- b. Tugas, wewenang, dan tanggung jawab direksi atau yang setara dalam melakukan pengendalian fraud secara umum mencakup:
 - 1). Pengembangan budaya dan kepedulian terhadap anti fraud pada seluruh jenjang organisasi, contoh: mendeklarasikan ketentuan anti fraud.
 - 2). Penyusunan dan pengawasan penerapan kode etik dalam pencegahan fraud bagi seluruh jenjang organisasi atau unit kerja;
 - 3). Penyusunan dan pengawasan penerapan strategi anti fraud
 - 4). Pengembangan kualitas sumber daya manusia, khususnya yang terkait dengan peningkatan kesadaran dan pengendalian kecurangan (fraud).
 - 5). Pemantauan dan evaluasi atas kejadian fraud serta penetapan tindak lanjut; dan
 - 6). Pengembangan saluran komunikasi yang efektif di internal organisasi agar seluruh jenjang organisasi memahami dan mematuhi kebijakan

dan prosedur yang berlaku termasuk kebijakan dalam rangka pengendalian fraud.

- c. Dewan komisaris atau yang setara bertanggung jawab untuk memantau secara berkala atas pengendalian fraud.

2. Struktur Organisasi dan Pertanggungjawaban

Manajemen BPJS Kesehatan menetapkan struktur organisasi yang mengatur kewenangan dan pelaksanaan serta pertanggungjawaban pekerjaan secara berjenjang. Setiap aktivitas yang dilaksanakan terkait pengelolaan luran diselenggarakan dengan otorisasi yang memadai dengan memperhatikan penjenjangan tugas dan tanggung jawab tersebut.

Lingkup aspek organisasi dan pertanggungjawaban sebagai fungsi pengendalian fraud paling sedikit meliputi:

- a. Pembentukan unit atau fungsi yang bertugas menangani pengendalian fraud dalam pengelolaan luran;
- b. Penetapan kriteria unit atau pelaksana fungsi pengendalian fraud yang paling sedikit memenuhi kriteria sebagai berikut:
 - 1). Struktur organisasi disesuaikan dengan karakteristik dan kompleksitas kegiatan pengelolaan luran.
 - 2). Penetapan uraian tugas dan tanggung jawab yang jelas.
 - 3). Pertanggungjawaban unit atau fungsi tersebut langsung kepada direksi atau yang setara serta hubungan komunikasi dan pelaporan secara langsung kepada dewan komisaris atau yang setara; dan
 - 4). Pelaksanaan tugas pada unit atau fungsi tersebut dilakukan oleh sumber daya manusia yang memiliki kompetensi, integritas, dan independensi serta didukung dengan pertanggungjawaban yang jelas.

3. Pengendalian dan Pemantauan

Merupakan suatu proses yang dirancang untuk memberikan keyakinan yang memadai atas pencapaian tujuan-tujuan operasional, pelaporan dan kepatuhan dalam pengelolaan luran.

Proses ini paling sedikit meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Pengendalian dan pemantauan fraud dilaksanakan dalam rangka meningkatkan efektivitas sistem pengendalian internal;
- b. Langkah-langkah dalam pengendalian dan pemantauan fraud paling sedikit dilakukan sebagai berikut:

- 1). Penetapan kebijakan dan prosedur pengendalian yang khusus ditujukan dalam rangka penerapan strategi anti fraud;
- 2). pengendalian melalui kaji ulang baik oleh manajemen (top level review) maupun kaji ulang operasional (*functional review*) oleh audit internal atas pelaksanaan Strategi Anti Fraud;
- 3). pengendalian di bidang sumber daya manusia yang ditujukan untuk peningkatan efektivitas pelaksanaan tugas dan pengendalian Fraud, misalnya kebijakan rotasi, kebijakan mutasi, cuti wajib, dan aktivitas sosial atau *gathering*;
- 4). penetapan pemisahan fungsi dalam pelaksanaan aktivitas pengelolaan luran pada seluruh jenjang organisasi, misalnya pemisahan fungsi antara bagian yang melakukan proses akseptasi, penagihan luran, dan penerimaan dana dengan tujuan agar setiap pihak yang terkait dalam aktivitas tersebut tidak memiliki peluang untuk melakukan dan menyembunyikan Fraud;
- 5). pengendalian sistem informasi yang mendukung pengolahan, penyimpanan, dan pengamanan data secara elektronik untuk mencegah potensi terjadinya Fraud. Pengendalian sistem informasi ini perlu disertai dengan tersedianya sistem akuntansi untuk menjamin penggunaan data yang akurat dan konsisten dalam pencatatan dan pelaporan terkait iuran paling sedikit dengan melakukan rekonsiliasi atau verifikasi data secara berkala; dan
- 6). pengendalian lain dalam rangka pengendalian Fraud seperti pengendalian aset fisik dan dokumentasi.

4. Edukasi dan Pelatihan

Setiap individu yang melaksanakan tugas dan tanggung jawab dalam mengelola luran Jaminan kesehatan harus memiliki kompetensi yang memadai terkait dengan pengelolaan luran. BPJS Kesehatan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan terkait pengelolaan luran dan pengendalian internal dalam pengelolaan luran sebagai upaya untuk menghindarkan dari terjadinya *fraud* dalam pengelolaan luran Jaminan Kesehatan.

Edukasi dan pelatihan terkait pengendalian fraud pada pengelolaan luran BPJS Kesehatan paling sedikit meliputi:

- a. Melakukan edukasi dan pelatihan bagi pegawai yang terlibat dalam penerapan strategi anti fraud dalam pengelolaan luran;
 - 1). edukasi dan pelatihan tersebut paling sedikit meliputi: edukasi dan pelatihan mengenai kebijakan anti Fraud pada BPJS Kesehatan atau unit kerja pengelola luran, sebagai contoh edukasi dan pelatihan bagi pegawai mengenai prosedur pelaksanaan kebijakan anti Fraud, metodologi pendeteksian Fraud, dan tata cara pelaporan temuan kejadian Fraud; dan
 - 2). tahapan dan waktu penyelenggaraan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- b. Edukasi dan pelatihan disesuaikan dengan kebutuhan dan kompleksitas unit kerja pengelola luran.

F. Penerapan Strategi Anti *Fraud*

Strategi anti *fraud* adalah strategi pengendalian *fraud* yang dirancang dengan mengacu pada proses terjadinya *fraud*, dengan memperhatikan karakteristik dari potensi *fraud* yang komprehensif dan diimplementasikan dalam bentuk sistem pengendalian *fraud* (*fraud control system*) yang meliputi:

1. Pencegahan

Langkah pencegahan dalam rangka mengurangi kemungkinan risiko terjadinya Fraud, paling sedikit mencakup:

a. *Anti Fraud awareness* paling sedikit meliputi:

- 1). penyusunan dan sosialisasi *anti fraud statement*, misalnya kebijakan *zero tolerance* terhadap fraud;
- 2). program *employee awareness*
 Contohnya penyelenggaraan seminar atau diskusi terkait anti fraud, training, publikasi mengenai pemahaman terhadap bentuk fraud, transparansi hasil investigasi, dan tindak lanjut terhadap fraud yang dilakukan secara berkesinambungan; dan
- 3). program *customer awareness*
 Contohnya pembuatan brosur anti fraud, penjelasan tertulis maupun melalui sarana lainnya untuk meningkatkan kepedulian dan kewaspadaan pemegang polis, tertanggung, atau peserta terhadap kemungkinan terjadinya Fraud.

- b. identifikasi kerawanan paling sedikit meliputi:
 - 1). melakukan proses identifikasi, analisis, dan menilai setiap aktivitas pengelolaan luran yang berpotensi merugikan BPJS Kesehatan;
 - 2). mendokumentasikan dan menginformasikan hasil identifikasi kepada pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan luran; dan
 - 3). melakukan pengkinian informasi terutama terhadap aktivitas yang dinilai berisiko tinggi terjadinya Fraud.
- c. *know your employee*, paling sedikit meliputi:
 - 1). sistem dan prosedur rekrutmen yang efektif.
Melalui sistem ini diharapkan dapat diperoleh gambaran mengenai rekam jejak calon karyawan (*pre employee screening*) atau karyawan yang akan ditempatkan pada unit kerja pengelola luran secara lengkap dan akurat;
 - 2). sistem seleksi yang dilengkapi kualifikasi yang tepat dengan mempertimbangkan risiko, serta ditetapkan secara obyektif dan transparan. Sistem tersebut harus menjangkau pelaksanaan promosi maupun mutasi, termasuk penempatan pada posisi yang memiliki risiko tinggi terhadap fraud dalam pengelolaan luran; dan
 - 3). kebijakan mengenali karyawan antara lain meliputi pengenalan dan pemantauan karakter, perilaku, dan gaya hidup karyawan.

2. Deteksi

Deteksi merupakan kegiatan dalam rangka mengidentifikasi dan menemukan kejadian fraud yang paling sedikit meliputi:

- a. Kebijakan dan mekanisme *whistleblowing* yang dirumuskan secara jelas, mudah dimengerti, dan dapat diimplementasikan secara efektif, paling sedikit meliputi:
 - 1). perlindungan kepada *whistleblower* serta menjamin kerahasiaan identitas pelapor dan laporan Fraud yang disampaikan;
 - 2). menyusun ketentuan internal terkait pengaduan Fraud dengan mengacu pada ketentuan peraturan perundangundangan; dan
 - 3). menyusun sistem pelaporan Fraud yang memuat paling sedikit mengenai:
 - a). tata cara pelaporan;
 - b). sarana;

- c). pihak yang bertanggung jawab untuk menangani pelaporan; dan
 - d). mekanisme tindak lanjut terhadap kejadian Fraud yang dilaporkan;
 - b. Kebijakan dan mekanisme audit yang dilakukan paling sedikit pada unit kerja yang beresiko tinggi atau rawan terhadap terjadinya fraud; dan
 - c. Kebijakan dan mekanisme *surveillance system* yang dilakukan oleh pihak independen dan/atau pihak internal BPJS Kesehatan. *Surveillance system* merupakan kegiatan untuk memantau dan menguji efektivitas kebijakan anti Fraud yang dilakukan tanpa diketahui atau disadari oleh pihak yang diuji atau diperiksa.
3. Investigasi, pelaporan, dan sanksi
- Dalam melaksanakan kegiatan investigasi, pelaporan dan sanksi, BPJS Kesehatan harus memiliki paling sedikit hal-hal sebagai berikut:
- a. Standar investigasi, meliputi:
 - 1). penentuan pihak yang berwenang melaksanakan investigasi dengan memperhatikan independensi dan kompetensi yang dibutuhkan; dan
 - 2). mekanisme pelaksanaan investigasi dalam rangka menindaklanjuti hasil deteksi dengan tetap menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh;
 - b. Mekanisme pelaporan kejadian fraud kepada pihak internal perusahaan atau kepada pihak eksternal yang berkepentingan;
 - c. Kebijakan sanksi untuk memberikan efek jera bagi pelaku fraud harus diterapkan secara transparan dan konsisten yang paling sedikit meliputi:
 - 1). Mekanisme pengenaan sanksi
 - 2). Pihak yang berwenang mengenakan sanksi
4. Pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut atas kejadian Fraud.
- Pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut memuat perangkat yang ditujukan untuk memantau dan mengevaluasi kejadian fraud serta tindak lanjut yang diperlukan berdasarkan hasil evaluasi, dan mencakup:
- a. Pemantauan
- Langkah penting dalam implementasi pengendalian fraud adalah memantau tindak lanjut yang dilakukan terhadap kejadian-kejadian fraud, baik sesuai ketentuan internal BPJS Kesehatan maupun sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

b. Evaluasi

Untuk mendukung pelaksanaan evaluasi, perlu dilakukan pemeliharaan atas data kejadian fraud (fraud profiling) untuk digunakan sebagai alat bantu evaluasi.

c. Tindak Lanjut

BPJS Kesehatan wajib memiliki mekanisme tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi atas kejadian fraud untuk memperbaiki kelemahan-kelemahan dan memperkuat sistem pengendalian intern agar dapat mencegah terulangnya kembali fraud karena kelemahan yang serupa.

G. Pencegahan Kecurangan Dalam Pengelolaan luran Jaminan Kesehatan

1. Prinsip yang digunakan dalam pencegahan kecurangan pengelolaan luran

Pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran jaminan kesehatan dilaksanakan berdasarkan prinsip:

a. Transparansi

Merupakan keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam pengungkapan informasi sesuai dengan kebutuhan untuk pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran jaminan kesehatan.

b. Akuntabilitas

Merupakan kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pengelolaan luran jaminan kesehatan sehingga pengelolaan luran terlaksana secara efektif dan efisien

c. Responsibilitas

Merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan luran terhadap prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran.

d. Independensi

Merupakan keadaan di mana organisasi dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak mana pun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan pengelolaan luran jaminan kesehatan

e. Kewajaran

Merupakan perlakuan yang adil dan setara di dalam memenuhi hak pemangku kepentingan yang timbul berdasarkan perjanjian dalam rangka pencegahan kecurangan dalam pengelolaan jaminan kesehatan.

2. Pembentukan sistem pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran

Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) pada pengelolaan luran jaminan kesehatan bertujuan untuk:

- a. Mencegah terjadinya kecurangan (*fraud*) secara nyata pada semua lini organisasi;
- b. Menangkal pihak-pihak yang akan mencoba melakukan kecurangan (*fraud*) sehingga membuat jera;
- c. Mempersilit gerak langkah pelaku kecurangan (*fraud*); dan
- d. Mengidentifikasi kegiatan beresiko tinggi dan lemah pengendalian.

Pembentukan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pengelolaan luran dilaksanakan melalui:

- a. Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pengelolaan luran.

Dalam rangka mencegah timbulnya kecurangan dalam pengelolaan luran, kebijakan yang diberlakukan dalam pengelolaan luran ditetapkan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1). Fungsi penagihan luran dilaksanakan oleh petugas yang tidak terkait dengan fungsi pembentukan tagihan luran dan fungsi penerimaan dana BPJS Kesehatan
- 2). Penagihan luran dilaksanakan khusus oleh Pegawai yang ditugaskan dengan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan sebagai Staf Penagihan, dalam hal hanya ada 1 (satu) orang pegawai yang ditugaskan sebagai Staf Penagihan dan berhalangan melaksanakan tugasnya (cuti/sakit), pimpinan unit kerja dapat mendelegasikan tugas kepada staf lainnya dengan memperhatikan prinsip pemisahan fungsi sebagaimana pada angka 1 melalui surat penugasan resmi yang ditandatangani oleh pimpinan unit kerja.
- 3). Petugas penagihan luran tidak diperkenankan untuk menerima pembayaran luran dari Peserta/Pemberi Kerja/Pihak lain yang membayar luran atas nama Peserta.

- 4). Pembayaran luran diterima oleh BPJS Kesehatan melalui sistem penerimaan luran yang melibatkan mitra perbankan dan non perbankan, tidak diperkenankan untuk diterima secara tunai oleh Pegawai BPJS Kesehatan.
 - 5). Atas pembayaran luran jaminan kesehatan melalui mitra perbankan atau non perbankan, Peserta harus diberikan bukti pembayaran yang divalidasi dengan menggunakan sistem penerimaan dana oleh mitra kanal pembayaran.
 - 6). Dalam hal Peserta/Pemberi Kerja mengikuti program cicilan/pembayaran tunggakan luran secara bertahap, setoran dilakukan langsung ke rekening BPJS Kesehatan yang ditetapkan, tidak diperkenankan untuk dititipkan kepada Pegawai BPJS Kesehatan.
- b. Pengembangan budaya pencegahan kecurangan (fraud) dalam pengelolaan luran sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik, dilaksanakan dengan internalisasi Kode Etik BPJS Kesehatan
 - c. Pembentukan tim pencegahan kecurangan
 - d. Dalam rangka pencegahan kecurangan pada pengelolaan luran jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan, dibentuk Tim Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1). Tim Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dibentuk pada tingkat Pusat, Kedeputan Wilayah, dan Kantor Cabang.
 - 2). Keanggotaan Tim Pencegahan Kecurangan di tingkat Pusat, Kedeputan Wilayah dan Kantor Cabang ditetapkan berdasarkan Keputusan Direksi.
 - 3). Tim Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional melaksanakan tugas sebagaimana tercantum pada Keputusan Direksi yang berlaku.
3. Pengembangan budaya pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran. Pengembangan budaya pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran dilakukan melalui:
 - a. Ketepatan kompetensi dan kewenangan personil yang terlibat dalam pengelolaan luran

- b. Penerapan standar pelayanan (*service level agreement*), dan pedoman-pedoman yang berlaku dalam pengelolaan luran
 - c. Pelaksanaan rekonsiliasi data penerimaan luran dengan pihak terkait (BPJS Kesehatan, pembayar luran dan/atau mitra kanal pembayaran)
 - d. Pelaksanaan audit
 - e. Penetapan prosedur operasional dan instruksi kerja pengelolaan luran.
4. Rencana Kerja Pencegahan Kecurangan dalam Pengelolaan luran
Dalam upaya mencegah kecurangan dalam pengelolaan luran, Tim Pencegahan Kecurangan pada unit kerja Kantor Pusat, Kedeputian Wilayah dan Kantor Cabang menyusun rencana kerja pencegahan kecurangan.
 5. Pelaksanaan Pencegahan Kecurangan dalam Pengelolaan luran
 6. Tim Pencegahan Kecurangan pada setiap unit kerja Kantor Pusat, Kedeputian Wilayah, dan Kantor Cabang melaksanakan upaya pencegahan kecurangan berdasarkan rencana kerja yang telah ditetapkan.
 7. Pelaporan Pelaksanaan Pencegahan Kecurangan dalam Pengelolaan luran
 8. Pelaporan pelaksanaan pencegahan kecurangan dalam pengelolaan luran dilaksanakan oleh Tim Pencegahan Kecurangan secara berjenjang dari Kantor Cabang ke Kedeputian Wilayah, dan ke Kantor Pusat.
 9. Pelaporan Kecurangan (Fraud) dalam pengelolaan luran dilaksanakan melalui mekanisme Whistle Blower System sesuai ketentuan yang berlaku pada BPJS Kesehatan.
 10. Tindak Lanjut atas pelaporan kecurangan dalam Pengelolaan luran diselenggarakan dengan mengikuti mekanisme Whistle Blower System berdasarkan ketentuan yang berlaku pada BPJS Kesehatan.

H. Sanksi atas Kecurangan yang Terbukti

Dalam hal suatu kecurangan yang dilaporkan dapat dibuktikan kebenarannya berdasarkan hasil penyelidikan oleh pihak yang berwenang, maka terhadap pelaku kecurangan dikenakan sanksi sebagai berikut:

1. Dalam hal pelaku merupakan pihak internal BPJS Kesehatan, diberlakukan sanksi berdasarkan ketentuan internal yang berlaku.
2. Dalam hal pelaku bukan pegawai BPJS Kesehatan, diberlakukan sanksi mengikuti ketentuan hukum yang berlaku.

BAB XIX

PENUTUP

A. Penggunaan Pedoman

1. Pedoman Pengelolaan luran Jaminan Kesehatan ini disusun untuk dijadikan acuan dalam kegiatan pengumpulan luran sehingga BPJS Kesehatan dapat melaksanakan tugas, fungsi dan wewenang sebagaimana yang diamanatkan dalam Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004, dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
2. Untuk memberikan manfaat yang optimal dalam rangka pengelolaan fungsi organisasi, maka Pedoman ini harus digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan di lingkungan organisasi, termasuk penyusunan alur kerja yang terkait.
3. Pedoman Pengelolaan luran luran Jaminan Kesehatan ini merupakan bagian dari upaya pengendalian internal terkait risiko dan sistem kerja sehingga harus dipastikan implementasinya secara konsisten, taat asas, serta patuh pada ketentuan dan peraturan perundang- undangan.

B. Faktor Pendukung Keberhasilan

1. Dalam rangka menjamin efektivitas implementasi Pedoman Pengelolaan luran Jaminan Kesehatan ini perlu diperhatikan hal-hal yang merupakan faktor pendukung keberhasilan sebagai berikut:
 - a. komitmen dan dukungan yang konsisten dari Direksi; dan
 - b. komitmen dan keterlibatan aktif para pemangku kepentingan dan unit kerja.
2. Dukungan sumber daya lainnya, baik anggaran dan sarana prasarana, termasuk teknologi informasi untuk menunjang implementasi Pedoman ini.

C. Revisi dan Penyempurnaan

1. Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan ini dikaji ulang sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam setahun untuk memastikan kesesuaiannya dengan kebutuhan organisasi.
2. Perubahan atas Pedoman ini dapat dilaksanakan lebih cepat, dalam hal:
 - a. terdapat perubahan strategi organisasi;
 - b. terdapat perubahan kebijakan;
 - c. berdasarkan rekomendasi audit Satuan Pengawasan Internal;
 - d. umpan balik (usulan) dari pengguna pedoman; dan
 - e. terdapat *opportunity for improvement* (OFI) berdasarkan asesmen proses bisnis dan/atau asesmen lainnya.

Demikian Pedoman Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan ini disusun untuk dijadikan acuan dalam kegiatan pengumpulan Iuran Duta BPJS Kesehatan.

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

ALI GHUFRON MUKTI

Salinan sesuai dengan aslinya

Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga
Dan Regulasi,



Jenni Wihartini
NIP: 02271