

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
	<p>Dalam Peraturan Presiden ini yang dimaksud dengan:</p> <p>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.</p> <p>2. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. Manfaat adalah fasilitas jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.</p> <p>5. Peserta termasuk Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan.</p> <p>6. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima Gaji, Upah, atau imbalan dalam bentuk lain.</p> <p>7. Pekerja Pemenuhan Upah yang selanjutnya disingkat PPU adalah setiap orang yang bekerja pada Pemenuhan Kerja dengan menerima Gaji atau Upah.</p> <p>8. Pekerja Bukan Pemenuhan Upah yang selanjutnya disingkat PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.</p> <p>9. Bukan Pekerja yang selanjutnya disingkat BP adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan pendahulu yang difasilitasi oleh Pemerintah Daerah.</p> <p>10. Pejabat Negara sebagai negara adalah pimpinan sebagaimana dimaksud anggota dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan pejabat lainnya yang ditentukan oleh Undang-Undang.</p> <p>11. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai Aparatur Sipil Negara kepegawaian secara tetap oleh pejabat pembina unit menduduki jabatan pemerintahan.</p> <p>12. Prajurit adalah anggota Tentara Nasional Indonesia.</p> <p>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.</p>			<p>Di antara angka 4 dan angka 5 Pasal 1 disisipkan 2 (dua) angka, yakni angka 4a dan angka 4b sehingga Pasal 1 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>4a. Kebutuhan Dasar Kesehatan adalah kebutuhan esensial menyangkut pelayanan kesehatan perorangan guna pemeliharaan kesehatan, peningkatan jaminan kesehatan, dan penyelesaian nyawa, sesuai dengan pola epidemiologi dan risiko biologi.</p> <p>4b. Kelas Rawat Inap Standar adalah standar minimum pelayanan rawat inap yang diterima oleh Peserta.</p>
	<p>Peserta Jaminan Kesehatan meliputi:</p> <p>a. PBI Jaminan Kesehatan; dan</p> <p>b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.</p> <p>Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a ditetapkan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.</p> <p>(1) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b terdiri atas:</p> <p>a. PPU dan anggota keluarganya;</p> <p>b. BP dan anggota keluarganya; dan</p> <p>c. BP dan anggota keluarganya.</p> <p>(2) PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:</p> <p>a. Pejabat Negara;</p> <p>b. pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah;</p> <p>c. PNS;</p> <p>d. Prajurit;</p> <p>e. Anggota Polri;</p> <p>f. Kepala desa dan perangkat desa;</p> <p>g. pegawai swasta; dan</p> <p>h. Pekerja pegawai yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima Gaji atau Upah.</p> <p>(3) PBPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:</p> <p>a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan</p> <p>b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan menerima Gaji atau Upah.</p> <p>(4) BP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:</p> <p>a. Ibtisari;</p> <p>b. Pemberi kerja;</p> <p>c. Peserta pensiun;</p> <p>d. Veteran;</p> <p>e. Perintis Kemerdekaan;</p> <p>f. janda, duda, atau anak yatim dan yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan</p> <p>g. BP yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang mampu membayar iuran.</p> <p>(5) Peserta pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c terdiri atas:</p> <p>a. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;</p> <p>b. PNS yang berhenti dengan hak pensiun;</p> <p>c. Prajurit dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;</p>			
	<p>Bukan Kelas Administrasi Kewarganegaraan Jaminan Kesehatan</p> <p>(1) Setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan</p> <p>(2) Batas serta dalam program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara mendafar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan.</p> <p>(3) Pada saat mendafar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) calon peserta berhak melakukan FKTP yang diingkarkannya.</p>			<p>Ketentuan ayat (2) Pasal 6 diubah dan ayat (3) dihapus sehingga Pasal 6 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan.</p> <p>(2) Batas serta dalam program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara mendafar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan sebagai Peserta.</p> <p>(3) dihapus</p>
				<p>Pasal 6A</p> <p>(1) Peserta berhak melakukan FKTP yang diingkarkan saat mendafar pada BPJS Kesehatan.</p> <p>(2) Dalam hal Peserta didaftarkan oleh pihak lain, penentuan FKTP untuk pertama kali dapat dilakukan oleh pihak lain atas nama Peserta.</p> <p>(3) Dalam hal Peserta yang didaftarkan oleh pihak lain atas nama Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan Peserta PBI Jaminan Kesehatan, penentuan FKTP untuk pertama kali dapat dilakukan oleh BPJS Kesehatan sesuai domisili Peserta terdaftar.</p> <p>(4) Penentuan FKTP untuk pertama kali oleh pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diformasikan kepada Peserta.</p>
	<p>(1) Peserta dapat mengganti FKTP temporer Peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 bulan</p> <p>(2) Penggantian FKTP oleh Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan dengan kondisi sebagai berikut:</p> <p>a. Peserta pindah domisili dalam jangka waktu 3 bulan setelah mendafar di FKTP awal, yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili atau;</p> <p>b. Peserta dalam penggunaan dinas atau pelatihan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan, yang dibuktikan dengan surat keterangan penggunaan atau pelatihan.</p> <p>(3) Penggantian FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) mulai berlaku sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya.</p> <p>(4) Dalam hal kondisi Peserta yang terdaftar di FKTP belum memenuh, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan Peserta ke FKTP lain.</p> <p>(5) Pemindahan Peserta ke FKTP lain sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus memperhatikan jumlah Peserta yang terdaftar, ketersediaan dokter, tenaga kesehatan selain dokter, dan sarana prasarana di FKTP.</p> <p>(6) Dalam hal Peserta yang dipindahkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) keberatan maka Peserta dapat meminta untuk dipindahkan ke FKTP yang diinginkan.</p> <p>(7) Pemindahan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan setelah berkoordinasi dengan:</p> <p>a. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk pemindahan antar FKTP milik pemerintah;</p> <p>b. asosiasi Fasilitas Kesehatan untuk pemindahan antar FKTP bukan milik pemerintah; dan</p> <p>c. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan asosiasi Fasilitas Kesehatan untuk pemindahan antar FKTP milik pemerintah dengan FKTP bukan milik pemerintah.</p> <p>(8) Dalam hal terjadi perpindahan Peserta yang berasal dari Prajurit atau Anggota Polri, BPJS Kesehatan harus berkoordinasi dengan Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia.</p> <p>(9) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindahan Peserta diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri.</p>			<p>Ketentuan ayat (2) sampai dengan ayat (5) Pasal 7 diubah, ditambah ayat (2) dan ayat (3) disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (2a), serta ayat (6) dihapus sehingga Pasal 7 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Peserta dapat mengganti FKTP temporer Peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 bulan</p> <p>(2) Penggantian FKTP oleh Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>a. Peserta pindah domisili dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah terdaftar di FKTP awal, yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili; atau</p> <p>b. Peserta dalam penggunaan dinas atau pelatihan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan, yang dibuktikan dengan surat keterangan penggunaan atau pelatihan.</p> <p>(2a) Peserta yang didaftarkan oleh pihak lain atas nama Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6A ayat (2) juga dapat mengajukan perpindahan FKTP dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah didaftarkan.</p> <p>(3) Penggantian FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat(2a) mulai berlaku sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya.</p> <p>(4) Dalam hal kondisi Peserta yang terdaftar di FKTP belum memenuh, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan Peserta ke FKTP lain setelah mendapatkan persetujuan dari Peserta.</p> <p>(5) Pemindahan Peserta ke FKTP lain sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bertujuan untuk pemerataan, peningkatan akses, dan peningkatan mutu layanan kesehatan dengan memperhatikan jumlah Peserta yang terdaftar, ketersediaan dokter, tenaga kesehatan selain dokter, dan sarana prasarana di FKTP.</p> <p>(6) dihapus</p> <p>(7) Pemindahan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan setelah berkoordinasi dengan:</p> <p>a. dinas kesehatan kabupaten/kota untuk pemindahan antar FKTP milik pemerintah;</p> <p>b. asosiasi Fasilitas Kesehatan untuk pemindahan antar FKTP bukan milik pemerintah; atau</p> <p>c. dinas kesehatan kabupaten/kota dan asosiasi Fasilitas Kesehatan untuk pemindahan antar FKTP milik pemerintah dengan FKTP bukan milik pemerintah.</p> <p>(8) Dalam hal terjadi perpindahan Peserta yang berasal dari Prajurit atau Anggota Polri, BPJS Kesehatan harus berkoordinasi dengan Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia.</p> <p>(9) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindahan Peserta diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri.</p>
	<p>(1) Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan</p> <p>(2) Identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan, kecuali untuk bayi baru lahir.</p> <p>(3) Kartu Indonesia Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan kepada Peserta secara bertahap.</p> <p>(4) Nomor identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan nomor identitas</p> <p>nasional yang berlaku untuk semua program jaminan sosial</p> <p>PBI Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, didaftarkan oleh Menteri sebagai Peserta pada BPJS Kesehatan.</p> <p>Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>			
	<p>(1) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu berhak menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan</p> <p>(2) Peserta Cacat Total Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh dokter yang berwenang.</p> <p>(3) Peserta cacat dengan Cacat Total Tetap dan tidak mampu sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>Penduduk yang belum terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan dapat didaftarkan pada BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah provinsi atau Pemerintah Daerah kabupaten/kota.</p>			

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
	<p>(1) Pemberi Kerja wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.</p> <p>(2) Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata tidak mendaftarkan Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan.</p> <p>(3) Pendaftaran oleh pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan melampirkan dokumen yang sudah membekukan status ketenagakerjaannya.</p> <p>(4) Pekerja yang mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), larinya dibayar sesuai dengan ketentuan Peraturan Presiden ini.</p> <p>(5) Dalam hal Pemberi Kerja belum mendaftarkan dan membayar iuran bagi Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.</p> <p>(6) Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:</p> <p>a. teguran tertulis;</p> <p>b. denda; dan/atau</p> <p>c. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.</p> <p>(7) Tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>			
	<p>(1) Dalam hal pasangan suami istri yang masing-masing merupakan Pekerja maka keduanya wajib didaftarkan sebagai Peserta PPU oleh masing-masing:</p> <p>14) Pemberi Kerja dan membayar iuran.</p> <p>(5) Suami, istri dan anak dari peserta PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhak memilih lebih, tergantung ketentuan.</p> <p>(1) Setiap PRPU dan BP wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri-sendiri atau kolektif sebagai Peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.</p> <p>(2) BPJS Kesehatan harus melakukan verifikasi pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam waktu 14 hari sejak mendapat data pendaftaran.</p> <p>(3) Pendaftaran bagi Peserta PRPU atau Peserta BP yang dilakukan secara sendiri-sendiri, pembayaran iurannya dapat dilakukan setelah 14 (empat belas) hari sejak dinyatakan layak berdasarkan verifikasi pendaftaran.</p>			<p><b>Ketentuan ayat (1) dan ayat (3) Pasal 15 diubah dan setelah ayat (3) ditambahkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (4) sehingga Pasal 15 berbunyi sebagai berikut:</b></p> <p>(1) Setiap PRPU dan BP wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.</p> <p>(2) BPJS Kesehatan harus melakukan verifikasi pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak pendaftaran.</p> <p>(3) Pembayaran iuran oleh PRPU dan BP dapat dilakukan setelah selesai masa verifikasi pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2).</p> <p>(4) Dalam hal PRPU dan BP belum mendaftarkan anggota keluarganya, BPJS Kesehatan harus memberikan informasi kepada Peserta terkait kesempatan dan mekanisme percepatan pendaftaran, namun, keahliannya.</p>
	<p>(1) Bayi baru lahir dari Peserta Jaminan Kesehatan wajib didaftarkan kepada BPJS Kesehatan paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.</p> <p>(2) Peserta yang tidak mendaftarkan bayi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi 16) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pendaftaran bayi baru lahir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan.</p> <p>(1) Kesehatan melakukan pendaftaran sebagai Peserta Jaminan Kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan batas waktunya namun belum dilakukan maka dikenai sanksi 17) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(2) Kesehatan melakukan pendaftaran sebagai Peserta Jaminan Kesehatan bagi PRPU dan BP dilaksanakan <i>online</i> lain dari tanggal 1 Januari 2019.</p> <p>Dalam rangka pendaftaran peserta, BPJS Kesehatan wajib mengembangkan sistem untuk mempermudah akses pendaftaran.</p> <p>Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pendaftaran dan administrasi kepesertaan diatur 19) dengan peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.</p>			
	<p><b>Perubahan Status Kepesertaan</b></p> <p>(1) Status kepesertaan dapat berubah untuk menjamin keberlanjutan kepesertaan.</p> <p>(2) Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak mempengaruhi kewajiban Peserta, Pemberi Kerja, atau Pemerintah Daerah untuk melunasi tunggakan iuran.</p> <p>(3) Kewajiban Peserta, Pemberi Kerja atau Pemerintah Daerah untuk melunasi tunggakan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lama 6 (enam) bulan sejak status kepesertaan berubah.</p> <p>(4) Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap mewajibkan Peserta untuk mendaftarkan diri dan atau keluarganya ke jenis kepesertaan yang baru.</p> <p>(5) Kewajiban membayar tunggakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak mengakibatkan terminasi Manfaat Jaminan Kesehatan.</p>			
	<p>(1) Perubahan status kepesertaan dari peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi bukan peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan melalui pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan membayar iuran pertama.</p> <p>(2) Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak mengakibatkan terminasi manfaat jaminan kesehatan.</p> <p>(3) Perubahan status kepesertaan dari bukan peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>			
	<p>(1) Peserta PPU wajib menyampaikan perubahan data kepesertaan kepada pemberi kerja termasuk perubahan status kepesertaan dan seluruh tanggakan iuran.</p> <p>(2) Pemberi Kerja wajib melaporkan perubahan data kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada BPJS Kesehatan paling lambat 7 (tujuh) hari sejak terjadinya perubahan data oleh Pekerja.</p> <p>(3) Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata tidak melaporkan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan dapat melaporkan perubahan data <b>ketenagakerjaan secara langsung kepada BPJS Kesehatan.</b></p>			
	<p>(1) Peserta PRPU dan Peserta BP wajib menyampaikan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan.</p>			
	<p>Peserta yang pindah kerja wajib melaporkan data kepesertaannya dan identitas Pemberi Kerja yang baru kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta.</p>			
	<p>(1) Pendaftaran dan perubahan data kepesertaan PPU untuk kepala desa dan perangkat desa dilakukan secara kolektif melalui Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.</p> <p>(2) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara perubahan status kepesertaan diatur dengan ketentuan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.</p>			
	<p><b>Peserta Yang Mengalami Pemutusan Hubungan Kerja</b></p> <p>(1) Peserta PPU yang mengalami PHK tetap memperoleh hak Manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di PHK, tanpa membayar iuran.</p> <p>(2) PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria:</p> <p>a. PHK yang sudah ada putusan pengadilan hubungan industrial, dibuktikan dengan putusan/akta pengadilan hubungan industrial;</p> <p>b. PHK karena penggabungan perusahaan dibuktikan dengan akta notaris;</p> <p>c. PHK karena perusahaan pemilik atau pengusaha kebangsaan, dibuktikan dengan putusan pengadilan dan pengadilan;</p> <p>atau</p> <p>d. PHK karena Pekerja mengalami sakit yang berkepanjangan dan tidak mampu bekerja, dibuktikan dengan surat dokter.</p> <p>(3) Dalam hal terjadi sengketa atas PHK yang diajukan melalui lembaga penyelesaian perselisihan hubungan industrial, baik Pemberi Kerja maupun Pekerja harus tetap melaksanakan kewajiban membayar iuran sampai dengan adanya putusan yang berkekuatan hukum tetap.</p> <p>(4) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan berupa Manfaat pelayanan di rumah perawatan kelas III.</p> <p>(5) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang telah bekerja kembali wajib menyampaikan status kepesertaannya dengan membayar iuran.</p> <p>(6) Dalam hal Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) atau ayat (2) tidak bekerja kembali dan tidak mampu, didaftarkan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.</p>			<p>Ketentuan ayat (2) sampai dengan ayat (6) Pasal 21 diubah, di antara ayat (2) dan ayat (3) disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (2a), dan di antara ayat (3) dan ayat (4) disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (3a) sehingga Pasal 21 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Peserta PPU yang mengalami PHK tetap memperoleh hak Manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di PHK, tanpa membayar iuran.</p> <p>(2) PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dengan:</p> <p>a. bukti ditemuannya PHK oleh Pekerja dan tanda terima kepesertaan PHK dari dinas Daerah Kabupaten / kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan;</p> <p>b. perjanjian bersama dan tanda terima kepesertaan PHK dari dinas Daerah kabupaten kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan atau akta bukti pendaftaran perjanjian bersama; atau</p> <p>c. putusan atau putusan pengadilan hubungan industrial yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap.</p> <p>(2a) Bukti PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk selanjutnya disampaikan oleh Pemberi Kerja dan/atau Pekerja kepada BPJS Kesehatan.</p> <p>(3) Dalam hal perselisihan PHK masuk dalam proses penyelesaian, Pemberi Kerja dan Pekerja tetap melaksanakan kewajiban membayar iuran sampai dengan adanya putusan PHK yang berkekuatan hukum tetap.</p> <p>(3a) Dalam hal Pemberi Kerja tidak membayarkan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tunggakan iuran wajib dibayarkan oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan dan Pekerja tetap memperoleh hak Manfaat pelayanan kesehatan.</p> <p>(4) Dalam hal Peserta PPU yang mengalami PHK menandatangani pelayanan rumah inap, Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan berupa Manfaat pelayanan Kelas Rawat Inap Standar atau di rumah perawatan kelas III untuk rmlah sakit yang belum menerapkan Kelas Rawat Inap Standar.</p> <p>(5) Peserta PPU yang mengalami PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang telah bekerja kembali wajib menyampaikan dan melunasi status kepesertaannya dengan didaftarkan oleh Pemberi Kerja atau dengan mendaftarkan diri sendiri.</p> <p>(6) Dalam hal Peserta PPU yang mengalami PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bekerja kembali dan tidak mampu, Peserta didaftarkan di rumah perawatan kelas III di dinas Daerah Kabupaten kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial untuk didaftarkan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>
	<p><b>Iuran</b></p> <p>(1) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah Pusat.</p> <p>(2) Iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah.</p> <p>(3) Iuran bagi Peserta PPU dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.</p> <p>(4) Iuran bagi Peserta PRPU dan Peserta BP dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta.</p> <p>(5) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi:</p> <p>a. penerima pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (5) huruf b, huruf c, dan huruf d; dan</p> <p>b. Veteran dan Perintis Kemerdekaan.</p> <p>(6) Iuran bagi bayi baru lahir dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta pada saat mendaftar paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.</p>		<p>Pasal 28 diubah:</p>	
	<p>Iuran bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp22.000,00 (dua puluh tiga ribu rupiah) per orang per bulan.</p>	<p>(1) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dipendukung yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.</p> <p>(2) Besar iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019.</p>	<p>(1) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yaitu sebesar Rp22.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.</p> <p>(2) Besar iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019.</p> <p>(3) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dibayar oleh Pemerintah Pusat.</p> <p>(4) Untuk menjamin keberlanjutan dan kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan, Pemerintah Daerah berkontribusi dalam membayar iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai kapasitas fiskal daerah.</p> <p>(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai kontribusi pembayaran iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dalam Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.</p>	
	<p>Iuran bagi bayi baru lahir dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta pada saat mendaftar paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.</p>			

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
	<p>(1) Iuran bagi Peserta PPU yang terdiri atas Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Pejabat, Anggota Pokok, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan.</p> <p>(2) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>a. 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan</p> <p>b. 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta.</p> <p>(3) Kewajiban Pemberi Kerja dalam membayar Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, dilaksanakan oleh:</p> <p>a. Pemerintah Pusat untuk Iuran bagi Pejabat Negara, PNS pusat, Pejabat, Anggota Pokok, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b instansi pusat; dan</p> <p>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 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf f instansi daerah.</p> <p>(4) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan melalui kas negara kecuali bagi kepala desa dan perangkat desa.</p>	<p>(1) Iuran bagi Peserta PPU yang terdiri atas Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Pejabat, Anggota Pokok, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan.</p> <p>(2) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan</p> <p>b. 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.</p> <p>(3) Kewajiban Pemberi Kerja dalam membayar Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, dilaksanakan oleh:</p> <p>a. Pemerintah Pusat untuk Iuran bagi Pejabat Negara, PNS pusat, Pejabat, Anggota Pokok, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b instansi pusat; dan</p> <p>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 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf f instansi daerah.</p> <p>(4) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan melalui kas negara kecuali bagi kepala desa dan perangkat desa.</p>	<p>(1) Iuran bagi Peserta PPU yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan</p> <p>b. 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.</p> <p>(2) Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan.</p> <p>(3) Dalam hal Pemberi Kerja merupakan penyandang negara, Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan melalui kas negara kecuali bagi kepala desa dan perangkat desa.</p>	
	<p>(1) Iuran bagi Peserta PPU selain Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan:</p> <p>a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan</p> <p>b. 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.</p> <p>(2) Iuran sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan.</p>		Pasal 31 dihapus	
	<p>(1) Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b yaitu sebesar Rp8.000.000,00 (delapan juta rupiah).</p> <p>(2) Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU selain penyandang negara, kepala desa dan perangkat desa dan pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (2) huruf h yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota.</p> <p>(3) Dalam hal penentuan daerah tidak mengacu pada minimum kabupaten/kota maka menjadi dasar perhitungan besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu sebesar upah minimum provinsi.</p> <p>(4) Ketentuan batas paling rendah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku bagi Pemberi Kerja yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayar Gaji atau Upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.</p>	<p>Ketentuan ayat (1) dan ayat (2) Pasal 32 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah).</p> <p>(2) Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU untuk pegawai swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf g yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota.</p> <p>(3) Dalam hal penentuan Daerah tidak mengacu pada minimum kabupaten/kota maka menjadi dasar perhitungan besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu sebesar upah minimum provinsi.</p> <p>(4) Ketentuan batas paling rendah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku bagi Pemberi Kerja yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayar Gaji atau Upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.</p>	<p>Ketentuan ayat (1), ayat (2), dan ayat (4) Pasal 32 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah).</p> <p>(2) Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota.</p> <p>(3) Dalam hal penentuan Daerah tidak mengacu pada minimum kabupaten/kota maka menjadi dasar perhitungan besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu sebesar upah minimum provinsi.</p> <p>(4) Ketentuan batas paling rendah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) tidak berlaku bagi Pemberi Kerja selain penyandang negara yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayar Gaji atau Upah sesuai upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.</p>	<p>Ketentuan ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) Pasal 32 diubah dan setelah ayat (4) ditambahkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (5) sehingga Pasal 32 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(4) Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah).</p> <p>(5) Dalam hal ditetapkan Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) yaitu sebesar upah minimum provinsi.</p> <p>(6) Ketentuan batas paling rendah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) tidak berlaku bagi Pemberi Kerja selain penyandang negara yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayar Gaji atau Upah sesuai upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.</p>
	<p>(1) Gaji atau Upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU untuk Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Pejabat, atau Anggota Pokok sebagaimana dimaksud dalam pasal 30 ayat (1) terdiri atas Gaji atau Upah pokok dan tunjangan keluarga.</p> <p>(2) Gaji atau Upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU untuk kepala desa dan perangkat desa serta Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b dihitung berdasarkan penghasilan tetap.</p> <p>(3) Gaji atau Upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU selain Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terdiri atas Gaji atau Upah pokok dan tunjangan tetap.</p> <p>(4) Tunjangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan tunjangan yang dibayarkan kepada Pekerja tetap memperhatikan kehadiran Pekerja.</p>	<p>Ketentuan ayat (1) Pasal 33 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Gaji atau Upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU untuk Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Pejabat, atau Anggota Pokok sebagaimana dimaksud dalam pasal 30 ayat (1) terdiri atas Gaji atau Upah pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS daerah.</p> <p>(2) Gaji atau Upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU untuk kepala desa dan perangkat desa serta Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b dihitung berdasarkan penghasilan tetap.</p> <p>(3) Gaji atau Upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU selain Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terdiri atas Gaji atau Upah pokok dan tunjangan tetap.</p> <p>(4) Tunjangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan tunjangan yang dibayarkan kepada Pekerja tetap memperhatikan kehadiran Pekerja.</p> <p>(5) Di antara Pasal 33 dan Pasal 34 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 33A sehingga sebecberikut ini:</p>		
		<p>Pasal 33A</p> <p>(1) Ketentuan mengenai komposisi penentasan, batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan, dan dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU untuk Pejabat Negara, PNS pusat, Pejabat, Anggota Pokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf a, huruf c, dan huruf d, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b pada ketentuan pasal mulai berlaku pada tanggal 1 Oktober 2019.</p> <p>(2) Ketentuan mengenai:</p> <p>a. komposisi penentasan, batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan, dan dasar perhitungan Iuran bagi Peserta PPU untuk kepala daerah dan wakil kepala daerah, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS daerah, kepala desa dan perangkat desa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf f, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf f pada instansi daerah; dan</p> <p>b. batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan bagi Peserta PPU untuk pegawai swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf g, mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2020.</p>		
	<p>Iuran bagi Peserta PPU dan Peserta BP yaitu sebesar:</p> <p>a. Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;</p> <p>b. Rp1.000,00 (satu puluh ribu rupiah) per orang per bulanan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau</p> <p>c. Rp800.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulanan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.</p>	<p>(1) Iuran bagi Peserta PPU dan Peserta BP yaitu sebesar:</p> <p>a. Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;</p> <p>b. Rp1.000,00 (satu puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau</p> <p>(2) Besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2020.</p>	<p>Ketentuan Pasal 34 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Besaran Iuran bagi Peserta PPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yaitu sama dengan besaran Iuran bagi Peserta PPU Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>a. untuk tahun 2020:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sebesar Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PPU dan Peserta BP; dan</li> <li>2. sebesar Rp1.000,00 (satu puluh ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai bantuan Iuran kepada Peserta PPU dan Peserta BP; dan</li> </ol> <p>b. untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sebesar Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PPU dan Peserta BP; dan</li> <li>2. sebesar Rp1.000,00 (satu puluh ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai bantuan Iuran kepada Peserta PPU dan Peserta BP; dan</li> </ol> <p>(2) Iuran bagi Peserta PPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II yaitu sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.</p> <p>(3) Iuran bagi Peserta PPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I yaitu sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.</p> <p>(4) Besaran Iuran kepada Peserta PPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan kepada Peserta PPU dan Peserta BP dengan status kepesertaan aktif.</p> <p>(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai bantuan Iuran kepada Peserta PPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Menteri yang menetapkan usulan penentasan di bidang kesehatan.</p>	
	<p>(1) Iuran bagi penerima pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (5) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d yaitu sebesar 5% (lima persen) dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga yang diterima per bulan.</p> <p>(2) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar oleh Pemerintah Pusat dan penerima pensiun dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>a. 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemerintah Pusat; dan</p> <p>b. 2% (dua persen) dibayar oleh penerima pensiun.</p> <p>(3) Iuran bagi penerima pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (5) huruf d dan huruf f mengikuti ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34.</p> <p>(4) Iuran bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/ atau piatu dan Veteran atau Perintis Kemerdekaan yaitu sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) Gaji pokok PNS golongan ruang III/4 dengan masa kerja 14 tahun per bulan dibayar oleh Kementerian/Pemerintah.</p>			
			Pasal 35A	
			Pasal 36A	

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
27	<p>(1) Peserta warga negara Indonesia yang tinggal di luar negeri selama 6 (enam) bulan berturut-turut dapat menghentikan kepesertaannya sementara.</p> <p>(2) Dalam hal Peserta menghentikan kepesertaannya sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peserta yang bersangkutan tidak mendapatkan Manfaat.</p> <p>(3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikucilkan bagi Peserta PPU yang masih mendapatkan Gaji atau Uprah di Indonesia.</p> <p>(4) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang kembali ke Indonesia wajib melapor ke BPJS Kesehatan dan membayar luran paling lambat 1 (satu) bulan setelah kembali serta berhak mendapat Manfaat.</p>		<p>Ketentuan ayat (1) Pasal 37 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Peserta warga negara Indonesia yang tinggal di luar negeri selanjutnya selama 6 (enam) bulan berturut-turut dapat menghentikan kepesertaannya sementara.</p> <p>(2) Dalam hal Peserta menghentikan kepesertaannya sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peserta yang bersangkutan tidak mendapatkan Manfaat.</p> <p>(3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikucilkan bagi Peserta PPU yang masih mendapatkan Gaji atau Uprah di Indonesia.</p> <p>(4) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang kembali ke Indonesia wajib melapor ke BPJS Kesehatan dan membayar luran paling lambat 1 (satu) bulan setelah kembali serta berhak mendapat Manfaat.</p>	
38	<p>(1) Besaran luran ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali.</p> <p>(2) Ketentuan mengenai besaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Presiden.</p>		<p>(1) Besaran luran ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali, dengan menggunakan standar praktik aktuaria jaminan sosial yang lazim dan berlaku umum dan selanjutnya selanjutnya memperhatikan inflasi, biaya kebutuhan Jaminan Kesehatan, dan kemampuan membayar luran.</p> <p>(2) Besaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional kepada Presiden dengan tembusan kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.</p> <p>(3) Ketentuan mengenai besaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Presiden.</p>	
	<p><b>Tata Cara Pembayaran Luran</b></p>			
39	<p>(1) Pemberi Kerja wajib menanggung luran dari Pekerjaannya, membayar luran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyorot luran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan.</p> <p>(2) Jika Pemberi Kerja merupakan Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah, penyortiran luran kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening kas negara paling lambat tanggal 10 setiap bulan.</p> <p>(3) Luran bagi Peserta PPU 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 setiap bulan.</p> <p>(4) Dalam hal tanggal 10 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur maka luran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.</p> <p>(5) Ketentuan mengenai penyesuaian luran Pemberi Kerja Pemerintah Daerah dari rekening kas negara kepada BPJS Kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.</p> <p>(6) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran luran bagi Peserta PPU diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.</p>			
40	<p>(1) Peserta PPKU dan Peserta BP wajib membayar luran kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan.</p> <p>(2) Luran dapat dibayarkan untuk lebih dari 1 (satu) bulan yang dilakukan di awal.</p> <p>(3) BPJS Kesehatan wajib mengembangkan mekanisme penarikan luran yang efektif dan efisien bagi Peserta PPKU dan Peserta BP sebagaimana dimaksud pada ayat (1).</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran luran bagi Peserta PPKU dan Peserta BP diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.</p> <p>(5) Pembayaran luran bagi Peserta PPKU dan Peserta BP dilakukan secara kolektif atau total tagihan untuk seluruh anggota keluarga sesuai dengan data yang tercantum dalam kartu keluarga.</p> <p>(6) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran luran yang dilakukan secara kolektif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.</p>			
41	<p>(1) Dalam hal Peserta dan atau Pemberi Kerja tidak membayar luran berjalan sampai dengan akhir bulan maka penjaminan Peserta dibebaskan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya.</p> <p>(2) Dalam hal pemberi kerja belum melunasi tanggungan luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya menubuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan.</p> <p>(3) Pemberhentian sementara penjaminan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 24 (dua puluh empat) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(4) Pembayaran luran tertunggak dapat dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta.</p> <p>(5) Dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelanggaran kesehatan rawan inap tidak lanjutan yang diperolehnya.</p> <p>(6) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (5) yaitu sebesar 2,5% (dua koma lima persen) dari perkiraan biaya paket Indonesia Case Based Groups berdasarkan diagnosis dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan:</p> <p>a. jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan</p> <p>b. besat denda paling tinggi Rp5.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).</p> <p>(7) Bagi Peserta PPU, pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dikucilkan untuk Peserta PPU Jaminan Kesehatan, Peserta yang dafatikan oleh Pemerintah Daerah, dan Peserta yang tidak mampu yang dibebaskan dengan surat keterangan dari instansi yang berwenang.</p> <p>(8) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.</p>	<p>Ketentuan ayat (5), ayat (6), ayat (7), ayat (8), dan ayat (9) Pasal 42 diubah dan di antara ayat (5) dan ayat (6) Pasal 42 disisipkan 2 (dua) ayat, yakni ayat (3a) dan ayat (3b) serta di antara ayat (6) dan ayat (7) Pasal 42 disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (6a) sehingga Pasal 42 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Dalam hal Peserta dan atau Pemberi Kerja tidak membayar luran sampai dengan akhir bulan berjalan maka penjaminan Peserta dibebaskan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya.</p> <p>(2) Dalam hal pemberi kerja belum melunasi tanggungan luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya menubuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan.</p> <p>(3) Pemberhentian sementara penjaminan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 24 (dua puluh empat) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(3a) Untuk menepatkan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(3b) Untuk menepatkan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(4) Dengan waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelanggaran kesehatan rawan inap tidak lanjutan yang diperolehnya.</p> <p>(5) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (5) yaitu sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket Indonesia Case Based Groups berdasarkan diagnosis dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan:</p> <p>a. jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan</p> <p>b. besat denda paling tinggi Rp5.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).</p> <p>(6) Bagi Peserta PPU, pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dikucilkan untuk Peserta PPU Jaminan Kesehatan, Peserta yang dafatikan oleh Pemerintah Daerah, dan Peserta yang tidak mampu yang dibebaskan dengan surat keterangan dari instansi yang berwenang.</p> <p>(7) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.</p>	<p>Ketentuan ayat (5), ayat (6), ayat (6a), ayat (7), ayat (8), dan ayat (9) Pasal 42 diubah dan di antara ayat (5) dan ayat (6) disisipkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (5a) sehingga Pasal 42 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Dalam hal Peserta dan atau Pemberi Kerja tidak membayar luran sampai dengan akhir bulan berjalan maka penjaminan Peserta dibebaskan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya.</p> <p>(2) Dalam hal Pemberi Kerja belum melunasi tanggungan luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya menubuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan.</p> <p>(3) Pemberhentian sementara penjaminan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 24 (dua puluh empat) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(3a) Untuk menepatkan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(3b) Untuk menepatkan status kepesertaan aktif kembali, apabila Peserta:</p> <p>a. telah membayar luran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan; dan</p> <p>b. membayar luran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.</p> <p>(4) Dengan waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelanggaran kesehatan rawan inap tidak lanjutan yang diperolehnya.</p> <p>(5) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (5) yaitu sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket Indonesia Case Based Groups berdasarkan diagnosis dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan:</p> <p>a. jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan</p> <p>b. besat denda paling tinggi Rp5.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).</p> <p>(6) Bagi Peserta PPU, pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dikucilkan untuk Peserta PPU Jaminan Kesehatan, Peserta yang dafatikan oleh Pemerintah Daerah, dan Peserta yang tidak mampu yang dibebaskan dengan surat keterangan dari instansi yang berwenang.</p> <p>(7) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan denda sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.</p>	
42	<p>BPJS Kesehatan wajib mencatat dan menagih tanggungan luran sebagai piutang BPJS Kesehatan paling banyak untuk 24 (dua puluh empat) bulan.</p>			
43	<p>(1) Ketentuan mengenai penyalahan, pencairan, dan pengantinggawahan luran yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.</p> <p>(2) Ketentuan mengenai penyortiran luran dari PNS, Pekerja pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b, dan Pemerintah Daerah diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan atau Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri sesuai dengan kewenangannya.</p> <p>(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyalahan, penyortiran, dan pembayaran luran bagi kepala desa dan perangkat desa diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri.</p>			
	<p><b>Kelebihan dan Kekurangan Luran</b></p>			
44	<p>(1) BPJS Kesehatan harus menghitung setiap kelebihan atau kekurangan luran sesuai dengan Gaji atau Uprah Pekerja.</p> <p>(2) Perhitungan setiap kelebihan atau kekurangan luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada daftar Gaji atau Uprah Pekerja dan perubahan status kepesertaan atau data kepesertaan.</p> <p>(3) Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran luran yang disebabkan oleh perubahan data kepesertaan maka BPJS Kesehatan harus memberitahukan kepada Pemberi Kerja dan atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya luran.</p> <p>(4) Kelebihan atau kekurangan pembayaran luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperhitungkan dengan pembayaran luran bulan berikutnya.</p>			
	<p><b>BAB IV Manfaat Jaminan Kesehatan</b></p>			
	<p><b>Manfaat Yang Dijamin</b></p>			
46	<p>(1) Setiap peserta berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan berupa pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.</p> <p>(2) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Manfaat medis dan Manfaat nonmedis.</p> <p>(3) Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak besaran Jaran Peserta.</p> <p>(4) Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan berdasarkan besaran luran Peserta.</p> <p>(5) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga berlaku bagi bayi baru lahir dari Peserta paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.</p>			<p>(1) Setiap Peserta berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan berupa Manfaat medis dan Manfaat nonmedis.</p> <p>(2) Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Manfaat pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.</p> <p>(3) Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan berdasarkan Kebutuhan Dasar Kesehatan.</p> <p>(4) Manfaat medis berdasarkan Kebutuhan Dasar Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memiliki kriteria sebagai berikut:</p> <p>a. upaya pelayanan kesehatan perorangan;</p> <p>b. pelayanan kesehatan untuk menyelamatkan nyawa dan menghilangkan gangguan produktifitas;</p> <p>c. pelayanan kesehatan yang menimbulkan resiko yang tidak ditanggungkan bagi peserta;</p> <p>d. pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien;</p> <p>e. pelayanan yang terjangkau;</p> <p>f. tidak dibedakan berdasarkan besaran luran peserta; dan/atau</p> <p>g. bukan cakupan program lain.</p> <p>(5) Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) juga berlaku bagi bayi baru lahir dari Peserta paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.</p> <p>(6) Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Manfaat yang memungkir pelayanan kesehatan termasuk fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap.</p> <p>(7) Fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup sarana dan prasarana, jumlah tempat tidur, dan peralatan yang diberikan berdasarkan Kriteria Rawat Inap Standar.</p>

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
				<p>Pasal 46A</p> <p>(1) Kriteria fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (7) terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>komponen bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat peronos yang tinggi;</li> <li>ventilasi udara;</li> <li>pencahayaan ruangan;</li> <li>kelembapan tempat tidur;</li> <li>ruks per tempat tidur;</li> <li>temperatur ruangan;</li> <li>ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin, anak atau dewasa, serta penyakit infeksi atau zoonotik;</li> <li>kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur;</li> <li>lantai anti air;</li> <li>lantai anti air;</li> <li>kamar mandi dalam ruangan rawat inap;</li> <li>kamar mandi memenuhi standar aksesibilitas; dan</li> <li>outlet oksigen.</li> </ol> <p>(2) Penerapan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pelayanan rawat inap untuk bayi atau neonatologi;</li> <li>perawatan intensif;</li> <li>pelayanan rawat inap untuk pasien jiwa; dan</li> <li>ruang perawatan yang memiliki fasilitas khusus.</li> </ol> <p>(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai bentuk, kriteria dan penerapan Kelas Rawat Inap Standar diatur dengan Peraturan Menteri.</p>
	<p>Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi kesehatan nonspesialistik yang mencakup: <ol style="list-style-type: none"> <li>administrasi pelayanan;</li> <li>pelayanan promotif dan preventif;</li> <li>periksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;</li> <li>indikasi medis nonspesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;</li> <li>pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;</li> <li>periksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama; dan</li> <li>rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis;</li> </ol> </li> <li>pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup: <ol style="list-style-type: none"> <li>administrasi pelayanan;</li> <li>periksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar;</li> <li>periksaan, pengobatan, dan konsultasi medis spesialis;</li> <li>indikasi medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;</li> <li>pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;</li> <li>periksaan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;</li> <li>rehabilitasi medis;</li> <li>pelayanan dasar;</li> <li>perubahan jenjang, peserta menanggapi di Fasilitas Kesehatan;</li> <li>perawatan inap nonintensif; dan</li> <li>perawatan inap di ruang intensif.</li> </ol> </li> </ol> <p>(2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 2 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat.</p> <p>(3) Alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 5 merupakan seluruh alat kesehatan yang digunakan dalam rangka penyembuhan, termasuk alat bantu kesehatan.</p> <p>(4) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 10, tidak termasuk pelayanan keluarga berencana yang telah dibayai Pemerintah Pusat.</p> <p>(5) Pelayanan ambulasi darat atau rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga keselamatan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.</p>			<p>Ketentuan ayat (1) huruf a dan ayat (3) Pasal 47 diubah sehingga Pasal 47 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup: <ol style="list-style-type: none"> <li>administrasi pelayanan;</li> <li>pelayanan promotif dan preventif penangan;</li> <li>periksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;</li> <li>indikasi medis nonspesialistik baik bedah maupun nonbedah;</li> <li>pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;</li> <li>periksaan penunjang diagnostik tingkat lanjutan; dan</li> <li>rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis;</li> </ol> </li> <li>pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup: <ol style="list-style-type: none"> <li>administrasi pelayanan;</li> <li>periksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar;</li> <li>periksaan, pengobatan, dan konsultasi medis spesialisik;</li> <li>indikasi medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;</li> <li>pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;</li> <li>periksaan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;</li> <li>rehabilitasi medis;</li> <li>pelayanan dasar;</li> <li>perubahan jenjang, peserta menanggapi di Fasilitas Kesehatan;</li> <li>perawatan inap nonintensif; dan</li> <li>perawatan inap di ruang intensif;</li> </ol> </li> </ol> <p>(2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 2 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat.</p> <p>(3) Alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a angka 5 dan huruf b angka 5 merupakan seluruh alat kesehatan yang digunakan dalam rangka penyembuhan, termasuk alat bantu kesehatan.</p> <p>(4) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga keselamatan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.</p>
	<p>(1) Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>penyuluhan kesehatan perorangan;</li> <li>imunisasi rutin;</li> <li>keluarga berencana;</li> <li>skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu;</li> <li>peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis.</li> </ol> <p>(2) Penyuluhan kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>(3) Pelayanan imunisasi rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.</p> <p>(5) Ketentuan mengenai penentuan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi dan obat kontrasepsi bagi peserta jaminan kesehatan di Fasilitas Kesehatan diatur dengan peraturan kepala badan kependudukan dan keluarga berencana nasional.</p> <p>(6) Vaksin untuk imunisasi rutin serta alat dan obat kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (4) disediakan oleh atau atas Pemerintah Daerah Pemerintah Pusat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(7) Pelayanan skrining riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif yang dijabarkan untuk mendeeteksi risiko penyakit dengan menggunakan metode tertentu.</p> <p>(8) Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif yang dijabarkan untuk mendeeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu.</p> <p>(9) Jenis pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat 8 ditetapkan oleh menteri.</p> <p>(10) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dilakukan kepada peserta penderita penyakit kronis tertentu dengan mengurangi risiko akibat komplikasi penyakit yang dideritanya.</p> <p>(11) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu serta peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (7), (8), dan ayat (10) diatur pada Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.</p>	<p>Menteri dapat menetapkan pelayanan kesehatan lain yang dijamin berdasarkan penilaian teknologi kesehatan dengan memperhatikan kecukupan insurans setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.</p>		<p>(1) Manfaat pelayanan promotif dan preventif penangan meliputi pemberian pelayanan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>penyuluhan kesehatan perorangan;</li> <li>imunisasi rutin;</li> <li>keluarga berencana;</li> <li>skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu; dan</li> <li>peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis.</li> </ol> <p>(2) Penyuluhan kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>(3) Pelayanan imunisasi rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi yang bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.</p> <p>(5) Ketentuan mengenai penentuan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi bagi Peserta di Fasilitas Kesehatan diatur dengan Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.</p> <p>(6) Vaksin untuk imunisasi rutin serta alat dan obat kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (4) disediakan oleh atau atas Pemerintah Daerah Pemerintah Pusat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(7) Pelayanan skrining riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif melalui skrining riwayat kesehatan tertentu dibayai yang dijabarkan untuk mendeeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu.</p> <p>(8) Jenis pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dilakukan di FKPK untuk penapisan penyakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>diabetes mellitus;</li> <li>hipertensi;</li> <li>infeksi emi berat disease;</li> </ol>
	<p>Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (4) berupa akomodasi layanan rawat inap sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ruang perawatan kelas III bagi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah;</li> <li>Peserta PRPU dan Peserta BP yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III; dan</li> <li>Peserta PPU yang mengalami PHK beserta keluarganya.</li> </ol> </li> <li>ruang Perawatan kelas II bagi: <ol style="list-style-type: none"> <li>PNS dan penerima pensiun PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;</li> <li>Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;</li> <li>Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;</li> <li>Peserta PPU selain angka 1 sampai dengan angka 3, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b, dengan Gaji atau Urah lebih dari Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan</li> <li>Peserta PRPU dan Peserta BP yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.</li> </ol> </li> <li>Peserta PBI dan Peserta BP yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II bagi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Pejabat Negara dan anggota keluarganya;</li> <li>Penerima dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah beserta anggota keluarganya;</li> <li>PNS dan penerima pensiun PNS golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;</li> <li>Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara PNS golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;</li> <li>Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;</li> <li>Veteran dan Penerima Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;</li> <li>Janda, duda, atau anak yatim dan atau piatu dari Veteran atau Penerima Kemerdekaan;</li> <li>Peserta PPU selain angka 1 sampai dengan angka 5, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b, dengan Gaji atau Urah lebih dari Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan</li> <li>Peserta PRPU dan Peserta BP yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.</li> </ol> </li> </ol>			
	<p>(1) Peserta dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari layanan termasuk rawat jalan eksklusif dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan.</p> <p>(2) Selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya akibat peningkatan pelayanan dapat dibayar oleh:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peserta yang bersangkutan;</li> <li>Pemberi kerja; dan</li> <li>asuransi kesehatan tambahan.</li> </ol> <p>(3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkannya bagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>PBI Jaminan Kesehatan;</li> <li>Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12; dan</li> <li>Peserta PPU yang mengalami PHK dan anggota keluarganya.</li> </ol>			<p>Ketentuan ayat (3) Pasal 51 diubah sehingga Pasal 51 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Peserta dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari layanan termasuk rawat jalan eksklusif dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan.</p> <p>(2) Selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya akibat peningkatan pelayanan dapat dibayar oleh:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peserta yang bersangkutan;</li> <li>Pemberi kerja; dan</li> <li>asuransi kesehatan tambahan.</li> </ol> <p>(3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkannya bagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peserta PBI Jaminan Kesehatan;</li> <li>Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III;</li> <li>Peserta PRPU dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III;</li> <li>Peserta PPU yang mengalami PHK, dan anggota keluarganya; atau</li> <li>Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12.</li> </ol>
	<p>Manfaat Yang Tidak Didanai</p>			



**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
	<p>(1) Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.</p> <p>(2) Kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu:</p> <p>a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/tunggalan;</p> <p>b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;</p> <p>c. adanya penurunan kesadaran;</p> <p>d. adanya gangguan hemodinamik; dan/ atau</p> <p>e. memerlukan tindakan segera.</p> <p>(3) Menteri dapat menetapkan kriteria gawat darurat selain sebagaimana dimaksud pada ayat (2).</p> <p>(4) Dokter penanggungjawab pasien berwenang menetapkan terpenuhinya kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2).</p> <p>(5) Dalam hal Peserta memperoleh pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan maka pasien harus ditujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat darurnya tenang dan sesuai dalam kondisi dasar ditestifikasi.</p>			
64	<p><b>Menuhi Syarat</b></p> <p>(1) Dalam hal di suatu Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.</p> <p>(2) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa penggantian uang tunai.</p> <p>(3) Selain kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan pihak lain untuk menyediakan Fasilitas Kesehatan.</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian kompensasi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) diatur dengan peraturan menteri.</p>			<p>Ketentuan Pasal 64 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Dalam hal di suatu Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.</p> <p>(2) Daerah yang belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jika:</p> <p>a. desakelurahan dan atau kecamatan;</p> <p>2. tersedia Fasilitas Kesehatan namun belum memenuhi syarat kerja sama; dan atau</p> <p>3. tersedia FKTP namun sulit diakses; atau</p> <p>b. kabupaten/kota:</p> <p>1. tidak tersedia FKRTL;</p> <p>2. tersedia Fasilitas Kesehatan namun belum memenuhi syarat kerja sama; dan atau</p> <p>3. tersedia FKRTL namun sulit diakses.</p> <p>(3) Pemerintah Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditinjau oleh kepala daerah berdasarkan pertimbangan BPJS Kesehatan dan atau asosiasi Fasilitas Kesehatan.</p> <p>(4) Penggantian Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan memperhatikan:</p> <p>a. letak geografis;</p> <p>b. keterbatasan sarana;</p> <p>c. infrastruktur;</p> <p>d. aksesibilitas yang menjadi hambatan FKTP mencapai desa;</p> <p>e. ketersediaan tenaga kesehatan; dan</p> <p>f. ketersediaan Fasilitas Kesehatan.</p> <p>(5) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:</p> <p>a. penyediaan Fasilitas Kesehatan melalui kerja sama dengan pihak lain yang menyederhanakan pelayanan kesehatan berdasarkan kriteria khusus;</p> <p>b. penggantian tenaga kesehatan; dan atau</p> <p>c. penggantian uang tunai untuk biaya pelayanan kesehatan, sesuai dengan hak Peserta.</p> <p>(6) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a, BPJS Kesehatan menggunakan kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat setempat.</p> <p>(6) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan persyaratan pemberian kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (7) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri.</p>
	<p>(1) Dalam rangka pemberian kompensasi dan pemenuhan pelayanan pada Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan pola pembiayaan pelayanan kesehatan.</p> <p>(2) Pengembangan pola pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pola pembiayaan untuk pelayanan kesehatan bergeser, pelayanan kesehatan berbasis telemedicine, dan atau pengembangan pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.</p>			
	<b>BAB VI FASILITAS KESEHATAN</b>			
	<b>Bantuan Keuangan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan</b>			
65	<p>(1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.</p> <p>(2) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan, dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.</p>			
66	<p>(1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.</p> <p>(2) Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.</p> <p>(3) Fasilitas Kesehatan swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.</p> <p>(4) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.</p> <p>(5) Dalam rangka pelaksanaan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan- BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.</p> <p>(6) Ketentuan mengenai persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dalam Peraturan Menteri.</p>			
67	<p>(1) Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menaruh biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selain Peserta mendapatkan Manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.</p> <p>(2) Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menaruh biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.</p> <p>(3) Biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditanggung BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>			
	<b>Hasil Kerja Standar Tarif dan Mekanisme Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan</b>			
68	<p>(1) Standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan oleh Menteri.</p> <p>(2) Menteri menetapkan standar tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah:</p> <p>a. mendapatkan masukan dari BPJS Kesehatan bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan dan</p> <p>b. mempertimbangkan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kesehatan daerah.</p>			<p>Ketentuan ayat (2) Pasal 67 diubah sehingga Pasal 69 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan oleh Menteri.</p> <p>(2) Menteri menetapkan standar tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah:</p> <p>a. berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan BPJS Kesehatan;</p> <p>b. mendapatkan masukan dari asosiasi Fasilitas Kesehatan; dan</p> <p>c. mempertimbangkan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, pemanfaatan atau utilisasi pelayanan kesehatan, tingkat risiko Peserta, regionalisasi, dan kemampuan keuangan dana jaminan sosial kesehatan.</p>
69	<p>Standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri sebagaimana dimaksud dalam pasal 69 digunakan oleh BPJS Kesehatan sebagai dasar pembayaran ke Fasilitas Kesehatan.</p> <p>(1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada:</p> <p>a. FKTP secara proporsitas atau kapitas berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar di FKTP; dan</p> <p>b. FKRTL secara Indonesia Case Based Groups.</p> <p>(2) Dalam kondisi tertentu dan insi di suatu Daerah FKTP tidak menungulkan pembayaran secara proporsitas atau kapitas, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran lain.</p> <p>(3) BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran di FKRTL yang lebih berbasis guna dengan tetap mengacu pada Indonesia Case Based Groups.</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan sistem pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah mendapat persetujuan dari Menteri.</p> <p>(5) Peretujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal penyampaian dan BPJS Kesehatan kepada Menteri.</p> <p>(6) Apabila dalam waktu 30 (tiga puluh) hari persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak diperoleh maka Peraturan BPJS Kesehatan mengenai pengembangan sistem pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) berlaku.</p>			<p>(1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada:</p> <p>a. FKTP secara:</p> <p>1. proporsitas atau kapitas; dan atau</p> <p>2. klaim pelayanan kesehatan nonkapitas; dan</p> <p>b. FKRTL secara:</p> <p>1. Indonesia Case Based Groups; dan atau</p> <p>2. non-Indonesia Case Based Groups.</p> <p>(2) Dalam melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran.</p> <p>(3) Pengembangan sistem pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dalam rangka penggantian pembayaran di FKTP dan FKRTL yang lebih berbasis guna.</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan sistem pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri dan lembaga terkait.</p>
70	<p>(1) Cara pembayaran dengan Indonesia Case Based Groups sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (1) huruf b untuk FKRTL, ditetapkan sesuai kelas rumah sakit.</p> <p>(2) Dalam hal ditemukannya ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan pada saat kredensial atau re-kredensial maka BPJS Kesehatan harus melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan revisi.</p> <p>(3) Revisi kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lambat 3 (tiga) bulan dengan melibatkan unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan asosiasi rumah sakit.</p> <p>(4) Hasil revisi kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijadikan dasar penyusunan kontrak oleh BPJS Kesehatan dengan rumah sakit.</p>			<p>Ketentuan ayat (1) Pasal 72 diubah dan setelah ayat (4) ditambahkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (5) sebagai Pasal 72 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Cara pembayaran dengan Indonesia Case Based Groups sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (1) huruf b untuk FKRTL, ditetapkan sesuai kelas rumah sakit.</p> <p>(2) Dalam hal ditemukannya ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan pada saat kredensial atau re-kredensial maka BPJS Kesehatan harus melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan revisi.</p> <p>(3) Revisi kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lambat 3 (tiga) bulan dengan melibatkan unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan asosiasi rumah sakit.</p> <p>(4) Hasil revisi kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijadikan dasar penyusunan kontrak oleh BPJS Kesehatan dengan rumah sakit.</p> <p>(5) Apabila revisi kelas rumah sakit belum dapat diselesaikan sesuai dengan jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (3), BPJS Kesehatan melakukan pembayaran tarif sesuai hasil kredensial atau re-kredensial yang telah disetujui oleh BPJS Kesehatan bersama dinas kesehatan dan atau asosiasi Fasilitas Kesehatan.</p>
71	<p>(1) Standar tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ditinjau paling cepat setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri.</p> <p>(2) Menteri dalam menetapkan standar tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan kecukupan uran dan kesinambungan program yang dilakukan bersama dengan BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.</p>			
72	<p>Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf a ditetapkan oleh Menteri.</p>			
73	<p>(1) BPJS Kesehatan wajib membayar kapitas kepada FKTP paling lambat tanggal 15 (lima) setiap bulan berjalan.</p> <p>(2) FKTP mengajukan klaim nonkapitas kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.</p> <p>(3) BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP berdasarkan klaim yang diajukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima) hari kerja sejak masuk klaim ditinjau lengkap.</p> <p>(4) Dalam hal pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya.</p> <p>(5) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.</p>			

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
	<p>(1) FKRTL mengajukan klaim keaktif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.</p> <p>(2) BPJS Kesehatan harus memperhatikan bentuk, acuan kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diinformasikan oleh BPJS Kesehatan.</p> <p>(3) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka berkas klaim dinyatakan lengkap.</p> <p>(4) BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah:</p> <p>a. diverifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling lambat 15 hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim, atau</p> <p>b. memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3).</p> <p>(5) Dalam hal pembayaran kepada FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (4) jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.</p> <p>(6) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL, yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.</p>			
	<p>(1) Pengajuan klaim pembayaran pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.</p> <p>(2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diecualikan bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan sebelum berlakunya peraturan presiden ini.</p> <p>(3) Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlampau, klaim tidak dapat diajukan kembali.</p> <p>(4) Dalam hal terdapat pembayaran atau pelayanan kesehatan yang disebabkan karena penyalahgunaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan harus mengembalikan biaya yang sudah dibayarkan setelah dilakukan verifikasi persakitan kepada BPJS Kesehatan.</p> <p>(5) Dalam hal terjadi kecurangan pembayaran atau biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan harus membayar kecurangan atau biaya pelayanan kesehatan.</p>			
	<p>(1) Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(2) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, dan riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang dijalani pasien.</p> <p>(3) Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta dari Fasilitas Kesehatan dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) BPJS Kesehatan dalam melihat rekam medis Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus melindungi yang dimaksud oleh Fasilitas Kesehatan.</p> <p>(1) Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak menajalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan dibayar dengan penggantian biaya.</p> <p>(2) Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditanggung langsung oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.</p> <p>(3) BPJS Kesehatan menambatkan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat dan pelayanan ambulans diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.</p>			
	<p>(1) Untuk jenis pelayanan tertentu yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, Peserta dikenai Unsur Biaya.</p> <p>(2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diecualikan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan pendakik yang diletakkan oleh Pemerintah Daerah.</p> <p>(3) Pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan yang diperganti selera dan perilaku peserta.</p> <p>(4) Jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) ditetapkan oleh Menteri.</p>			
	<p>(1) Unsur Biaya terhadap jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 yaitu sebesar:</p> <p>a. nilai nominal tertentu setiap kali melakukan kunjungan untuk rawat jalan atau nilai nominal maksimal atau biaya pelayanan kesehatan untuk rawat inap tertentu dan</p> <p>b. 10% (sepuluh persen) atau paling tinggi dengan nominal tertentu untuk rawat inap dari biaya pelayanan, yang dibayarkan kepada Fasilitas Kesehatan saat mendapat pelayanan.</p> <p>(2) BPJS Kesehatan menambatkan biaya pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan setelah dikurangi besaran Unsur Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1).</p> <p>(3) Fasilitas Kesehatan harus menginformasikan pelayanan yang dikenai Unsur Biaya kepada Peserta sebelum melaksanakan pemberian pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan.</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penetapan pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, besaran dan tata cara pemenaan Unsur Biaya diatur dalam peraturan menteri.</p>			
	<p><b>BAB VII KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN</b></p> <p>Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, menteri menetapkan kebijakan penyelenggaraan:</p> <p>a. penilaian sebagai kesehatan;</p> <p>b. pertimbangan klaim;</p> <p>c. penghitungan standar tarif; dan</p> <p>d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan.</p>			
	<p>(1) Dalam menetapkan kebijakan sebagaimana dimaksud pada pasal 82, Menteri dan menteri terkait serta Dewan Jaminan Sosial nasional berwenang mengakses dan meminta data dan informasi dari BPJS Kesehatan.</p> <p>(2) BPJS Kesehatan wajib memberikan akses dan menyediakan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Menteri dan menteri terkait serta Dewan Jaminan Sosial nasional.</p>			<p>Setelah ayat 2, Pasal 83 ditambahkan 1 (satu) ayat, yakni ayat (3) sehingga Pasal 83 berbunyi sebagai berikut:</p> <p>(1) Dalam menetapkan kebijakan sebagaimana dimaksud pada pasal 82, Menteri dan menteri terkait serta Dewan Jaminan Sosial nasional berwenang mengakses dan meminta data dan informasi dari BPJS Kesehatan.</p> <p>(2) BPJS Kesehatan wajib memberikan akses dan menyediakan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Menteri dan menteri terkait serta Dewan Jaminan Sosial nasional.</p> <p>(3) Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan dan kementerian/lembaga terkait melakukan interperabilitas sistem secara penuh antar sistem informasi program Jaminan Kesehatan pada kementerian/lembaga terkait dan BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>
	<p>(1) Dalam rangka pengambilan kebijakan di bidang kesehatan di Daerah, BPJS Kesehatan wajib memberikan data dan informasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi setempat secara berkala setiap 3 bulan.</p> <p>(2) Data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:</p> <p>a. jumlah Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;</p> <p>b. kepesertaan;</p> <p>c. jumlah kunjungan ke Fasilitas Kesehatan;</p> <p>d. jenis penyakit; dan</p> <p>e. jumlah pembayaran dan/ atau klaim.</p>			
	<p>(1) Penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 huruf a dilakukan untuk menilai efisiensi dan efektivitas penggunaan teknologi atau produk teknologi berupa metode, obat, atau alat kesehatan dalam pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan.</p> <p>(2) Penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditengahkan oleh Menteri setelah mendapat rekomendasi dari Komite Penilaian Teknologi Kesehatan.</p> <p>(3) Komite Penilaian Teknologi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk oleh Menteri.</p> <p>(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.</p>			
	<p>(1) Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan mengembangkan sistem operasionalisasi sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.</p> <p>(2) Pengembangan teknis operasionalisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:</p> <p>a. inventarisasi Fasilitas Kesehatan;</p> <p>b. survei kepuasan Peserta; dan</p> <p>c. penanaman dan penguatan pemanfaatan.</p> <p>(3) Dalam melaksanakan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan kementerian, lembaga terkait.</p>			
	<p>(1) Fasilitas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus menerapkan kendali mutu dan kendali biaya dengan tetap memperhatikan keselamatan dan keamanan pasien serta mutu pelayanan.</p> <p>(2) Penerapan Kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, dan penanganan terhadap iram kesehatan Peserta, serta efisiensi biaya.</p> <p>(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kendali mutu dan kendali biaya pelayanan Jaminan Kesehatan diatur dalam peraturan menteri.</p>			
	<p><b>BAB VIII PELAYANAN INFORMASIONAL PENANGANAN PENGADIAN</b></p> <p>(1) Peserta berhak untuk mendapatkan informasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan secara menyeluruh mengenai hak dan kewajiban Peserta Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, dan mekanisme pelayanan di Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.</p> <p>(2) Peserta berhak untuk mengadakan ketidapuasan terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan, dan terhadap pelayanan BPJS Kesehatan kepada unit pengaduan, baik yang terdapat di Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dinas kesehatan, maupun Kementerian Kesehatan.</p> <p>(3) Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan wajib menyediakan unit pengaduan yang dikelola secara bersama-sama atau sendiri-sendiri oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.</p> <p>(4) Unit pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa:</p> <p>a. unit pengaduan mutu pelayanan dan penanganan pengaduan untuk BPJS kesehatan;</p> <p>b. unit pengaduan masyarakat terhadap/ dan monitoring dan evaluasi Jaminan Kesehatan untuk dinas kesehatan dan Kementerian Kesehatan; dan/ atau</p> <p>c. unit pengaduan masyarakat untuk Fasilitas Kesehatan.</p> <p>(5) Pengaduan ketidapuasan yang disampaikan Peserta harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan.</p>			

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
	<p>90 Fasilitas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap kepada masyarakat.</p> <p><b>BAB IX PENYELESAIAN SENGKETA</b></p> <p>(1) Dalam hal terjadi sengketa terkait penyelenggaraan Jaminan Kesehatan antara: a. Peserta dengan Fasilitas Kesehatan; b. Peserta dengan BPJS Kesehatan; c. BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan; atau d. BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan, penyelesaiannya dilakukan secara musyawarah. (2) Sengketa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk pengadilan yang belum dapat diselesaikan oleh unit pengaduan sebagaimana dimaksud dalam pasal 89. (3) Penyelesaian sengketa secara musyawarah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan kepala dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota, dan/atau Badan Pengawas Rumah Sakit. (4) Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan melalui Dewan Perimbangan Klinis, dengan cara mediasi, atau pengadilan. (5) Cara penyelesaian sengketa melalui mediasi atau melalui pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai cara penyelesaian sengketa melalui Dewan Perimbangan Klinis diatur dalam Peraturan Menteri.</p>			
	<p><b>BAB X PENCERAIAN DAN PENANGANAN KEURANGAN/RAU/DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN</b></p> <p>(1) Keurangan (fraud) dapat dilakukan oleh: a. Peserta; b. BPJS Kesehatan; c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan Kesehatan; d. penyedia obat dan alat kesehatan; dan e. penanggung kepengangan lainnya. (2) Keurangan (fraud) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk penyalahgunaan pelayanan kesehatan yang disebabkan karena perilaku pemberi pelayanan kesehatan. (3) BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Keurangan (fraud) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui: a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan keurangan (fraud) b. pengembangan budaya pencegahan keurangan (fraud) c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada mutu dan kendali biaya; dan d. pembekalan tinjauan pencegahan keurangan (fraud). (4) Sistem pencegahan Keurangan (fraud) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan secara sistematis, terstruktur, dan komprehensif dengan melibatkan seluruh sumber daya manusia di BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, kementerian kesehatan, dan penanggung kepengangan lainnya.</p> <p>(1) Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi setiap orang atau korporasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 ayat (1) yang melakukan Keurangan (fraud). (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa: a. tegaran lisan; b. tegaran tertulis; dan/atau c. perintah pengembalian kerugian akibat keurangan (fraud) pada pihak yang dirugikan. (3) Selain sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terhadap pelaku BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan dapat dikenai sanksi tambahan. (4) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>			
	<p>94 Untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan Keurangan (fraud) dibentuk tim yang terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, kementerian/lembaga, BPJS Kesehatan, dan Komisi Pemberantasan Korupsi, serta kementerian lembaga terkait.</p> <p>95 Ketentuan lebih lanjut mengenai upaya pencegahan dan penanganan Keurangan (fraud) dan sanksi administratif diatur dalam Peraturan Menteri.</p>			
	<p><b>BAB XI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI</b></p> <p>(1) Menteri, Kepala Dinas Kesehatan provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing. (2) Pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, asosiasi fasilitas kesehatan, dan/atau organisasi profesi sesuai dengan kebutuhan. (3) Pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara kolaboratif dengan instansi terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (4) Pegawai kementerian/lembaga pada instansi yang bertanggung jawab di bidang pengawasan melakukan pemeriksaan terhadap Pemberi Kerja yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 yang pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (5) BPJS Kesehatan melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (6) BPJS Kesehatan dalam melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dapat bekerja sama dengan pegawai kementerian/lembaga dan Jaka <b>Perantara Daerah</b>.</p> <p>(1) Untuk kesinambungan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dilakukan monitoring dan evaluasi. (2) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan pada aspek: a. kepatuhan; b. pelayanan kesehatan; c. iuran; d. pembayaran ke Fasilitas Kesehatan; e. keuangan; f. organisasi dan kelembagaan; dan g. regulasi. (3) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Pemeriksa Keuangan, Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, Otoritas Jasa Keuangan, dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangan masing-masing. (4) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terpadu.</p>			<p>Ketentuan ayat (4) Pasal 98 dihapus dan setelah ayat (4) ditambahkan 3 (tiga) ayat, yakni ayat (5), ayat (6), dan ayat (7) sehingga Pasal 98 berbunyi sebagai berikut: (1) Untuk kesinambungan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dilakukan monitoring dan evaluasi. (2) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan pada aspek: a. kepatuhan; b. pelayanan kesehatan; c. iuran; d. pembayaran ke Fasilitas Kesehatan; e. keuangan; f. organisasi dan kelembagaan; dan g. regulasi. (3) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Pemeriksa Keuangan, Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, Otoritas Jasa Keuangan, dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangan masing-masing. (4) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terpadu dan dilakukan dengan membangun sistem informasi yang terintegrasi secara interoperabilitas dengan sistem informasi yang dimiliki oleh kementerian/lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (3). (5) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional. (6) BPJS Kesehatan memberikan akses data dan informasi untuk keperluan monitoring dan evaluasi kepada kementerian/lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam lingkup aspek sebagaimana dimaksud pada ayat (2). (7) Pemberian data dan informasi di luar ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan melalui perjanjian kerja sama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>
	<p><b>BAB XII DUKUNGAN PEMERINTAH DAERAH</b></p> <p>(1) Pemerintah Daerah wajib mendukung penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan. (2) Dukungan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui: a. peningkatan pencapaian kepatuhan di wilayahnya; b. kepatuhan pembayaran iuran; c. peningkatan pelayanan kesehatan; d. dukungan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan. (3) Dukungan peningkatan pencapaian kepatuhan di wilayahnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilaksanakan melalui penerbitan regulasi yang memperlancar kepatuhan program Jaminan Kesehatan dalam memperoleh pelayanan publik. (4) Dukungan peningkatan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan melalui pelaksanaan pembayaran iuran secara tepat jumlah dan tepat waktu. (5) Dukungan peningkatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilaksanakan melalui penyediaan fasilitas kesehatan, pemenuhan standar mutu, dan peningkatan mutu layanan kesehatan. (6) Dukungan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilaksanakan melalui kontribusi dari pajak rokok bagian hak masing-masing Daerah Provinsi/Kabupaten/kota.</p> <p>(1) Besaran kontribusi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 ayat (6) ditetapkan 75% (tujuh puluh lima persen) dari 50% (lima puluh persen) realisasi penerimaan pajak rokok bagian hak masing-masing Daerah provinsi/kabupaten/kota. (2) Kontribusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) langsung dipotong untuk dipayabulkannya ke dalam rekening BPJS Kesehatan. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kontribusi dan mekanisme penomoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri yang <b>menyenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan</b>. (4) Kontribusi daerah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 99 ayat (6) ditanggarkan sebagai belanja bantuan sosial fungsi kesehatan pada anggaran dan pendapatan Belanja daerah provinsi/kabupaten/kota. (5) Perencanaan, penganggaran dan pertanggungjawaban kontribusi Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan Menteri yang <b>menyenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan</b> yang mengantar mengenai pedoman penyelenggaraan urusan koordinasi dan belanja daerah. (6) Pemerintah Daerah yang menyelenggarakan jaminan kesehatan Daerah wajib mengintegrasikannya ke dalam program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.</p>			<p>Ketentuan ayat (2) huruf c dan ayat (5) Pasal 99 dihapus sehingga Pasal 99 berbunyi sebagai berikut: (1) Pemerintah Daerah wajib mendukung penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan. (2) Dukungan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui: a. peningkatan pencapaian kepatuhan di wilayahnya; b. kepatuhan pembayaran iuran; c. ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan; dan d. dukungan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan. (3) Dukungan peningkatan pencapaian kepatuhan di wilayahnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilaksanakan melalui penerbitan regulasi yang memperlancar kepatuhan program Jaminan Kesehatan dalam memperoleh pelayanan publik. (4) Dukungan peningkatan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan melalui pelaksanaan pembayaran iuran secara tepat jumlah dan tepat waktu. (5) Dukungan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilaksanakan melalui penyediaan Fasilitas Kesehatan, pemenuhan standar pelayanan minimum, dan pelaksanaan program kesehatan yang memiliki daya ungkit dalam peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan. (6) Dukungan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilaksanakan melalui kontribusi dari pajak rokok bagian hak masing-masing Daerah Provinsi/Kabupaten/kota.</p>
	<p><b>BAB XIII KETENTUAN PERALIHAN</b></p>			

**MATRIKS PERBANDINGAN  
PERATURAN PRESIDEN NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN**

Pasal	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
101	Pada saat Peraturan Presiden ini mulai berlaku, ketentuan mengenai Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri termasuk dalam PPK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b sampai dengan dihapusnya Peraturan Pemerintah mengenai Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Peraturan Kedua.			
		101A (1) Pemerintah Pusat memberikan bantuan pendanaan luran kepada Pemerintah Daerah sebesar Rp19.000.000 (sembilan belas ribu rupiah) per orang per bulan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2) sehingga sejak bulan Agustus sampai dengan bulan Desember 2019. (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai bantuan pendanaan luran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.		
				Pasal 103B (1) Penerimaan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46A dilaksanakan secara menyeluruh untuk rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 30 Juni 2025. (2) Dalam jangka waktu sebelum tanggal 30 Juni 2025 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), rumah sakit dapat menyanggahkan sebagian atau seluruh pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar sesuai dengan kemampuan rumah sakit. (3) Dalam hal rumah sakit telah menerapkan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar dalam jangka waktu sebelum tanggal 30 Juni 2025 sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pembayaran tarif oleh BPJS Kesehatan dilakukan sesuai tarif kelas rawat inap rumah sakit yang menjadi hak Peserta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (4) Penerimaan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), dilakukan evaluasi dengan mempertimbangkan keberlangsungan program Jaminan Kesehatan. (5) Dalam masa penerapan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Menteri melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Kesehatan. (6) Evaluasi fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan oleh Menteri dengan berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan. (7) Hasil evaluasi dan koordinasi fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (6) menjadi dasar penetapan Manfaat, tarif, dan luran. (8) Penerimaan Manfaat, tarif, dan luran sebagaimana dimaksud pada ayat (7) ditetapkan paling lambat tanggal 1 Juli 2025.
	<b>BAB XIV KETENTUAN PENUTUP</b>			
102	Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 28 ayat (6), Pasal 42 ayat (1) sampai dengan ayat (6), dan Pasal 80 ayat (4) mulai berlaku setelah 3 (tiga) bulan setelah sejak Peraturan Presiden ini diundangkan.			
103	Peraturan pelaksanaan dari Peraturan Presiden ini harus ditetapkan paling lama 6 (enam) bulan setelah sejak Peraturan Presiden ini diundangkan.			
104	Pada saat Peraturan Presiden ini mulai berlaku, semua peraturan perundang-undangan yang merupakan peraturan pelaksanaan dari Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 nomor 62), dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam peraturan Presiden ini.			
105	Pada saat Perpres ini mulai berlaku, Perpres nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Perpres nomor 28 tahun 2016 yg Perubahan Ketiga atas Perpres nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 nomor 62), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.			
106	Peraturan presiden ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Presiden ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.			
		Peraturan Presiden ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Perpres ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.	Peraturan Presiden ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Perpres ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.	