**BPJS SIAP TERIMA PENDAFTARAN PESERTA**

PALU, SATUSULTENG.COM - Salah satu BUMN terkemuka yaitu PT. ASKES yang sejak 01 Januari 2014 telah resmi berganti nama dengan nama baru yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS), siap melayani pendaftaran peserta baru untuk masyarakat umum.

Kepala kepesertaan dan pelayanan peserta BPJS[[1]](#endnote-2) Provinsi Sulteng, Hatamuddin, H. Th. S.sos. MM, mengatakan bahwa, "Untuk masyarakat Kota Palu yang belum mendapatkan jaminan kesehatan, baik itu Jamkesda ataupun Jamkesmas, silahkan datang dan mendaftar, pada kantor pelayanan BPJS di jalan Moh. Yamin. Selanjutnya, kami akan memberikan formulir pengisian data yang akan anda isi dan persyaratan dengan membawa foto copy kartu keluarga dan memperlihatkan aslinya kemudian foto copy KTP serta Pas Foto ukuran 3x4 sebanyak 1 lembar", ujar Hatamuddin.

"Jika seluruh persyaratan dan formulir telah diisi dengan benar, akan langsung dilayani pada hari itu juga untuk mendapatkan kartu BPJS. Untuk pembayaran kami juga telah menyiapkan sarana mobil bank mandiri agar mereka dapat menyetor langsung iuran sesuai dengan kemampuan yang sudah di tetapkan sebagai iuran perbulan peserta BPJS", jelas dia lagi.

Selain Peryaratan anda juga dapat memilih Pembayaran Premi / Iuran dengan Nominal Per orang-per bulannya dengan fasilitas kelas pelayanan Rumah sakit. Untuk Kelas 1, dengan iuran sebesar Rp59.500 kemudian untuk kelas 2, dengan iuran sebesar Rp42.500 serta kelas 3, dengan iuran sebesar Rp25.500.

Iuran tersebut merupakan pilihan bagi anda namun ini merupakan pelayanan kamar pada rumah sakit sementara pelayanan medis tetap sama. Dan untuk pembayaran Premi atau Iuran dapat di bayar melalui Bank Mandiri, BNI, BRI, setelah mendapatkan cirtual Account dari kantor BPJS Kesehatan. Dengan catatan apabila pembayaran Premi atau Iuran menunggak selama 3 bulan berturut-turut maka pelayanan kesehatannya akan di berhentikan sementara. Dengan ketentuan jika akan melanjutkan kembali jaminan Kesehatan maka harus membayar tunggakan dan di kenakan denda 2% dari premi atau iuran perbulannya. Hal ini berlaku bagi para masyarakat yang mempunyai penghasilan atau pekerja tetap.

Sementara bagi masyarakat yang kurang mampu tidak akan di bebani dengan iuran atau premi, karena telah mendapat subsidi dari dana APBN seperti Jamkesmas dan Jamkesda ini masih berlaku.

"Untuk para pegawai negeri sipil dan TNI/polri secara otomatis akan berganti  kartu namun secara bertahap dan kartu ASKES teetap dapat di gunakan atau masih berlaku", jelasnya.

"Dan bagaimana dengan nasib para pekerja yang putus kerja atau Pekerja yang keluar dari pekerjaanya, tentunya tidak akan mampu lagi untuk membayar premi kesehatan. Solusinya, yaitu untuk para pekerja yang putus dari pekerjaannya atau PHK silahkan melapor pemerintah setempat agar dapat di layani kembali sebagai peserta BPJS tanpa premi atau iuran dan dimasukan dalam kategori masyarakat kurang mampu", tutupnya.

**Sumber Berita:**

SatuSulteng.com ( <http://www.satusulteng.com/berita/detail/2624/10-1-2014/font-color000077BPJSfont-Siap-Terima-Pendaftaran-Peserta#> )

**Dasar Hukum atas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial**

* Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak;
* Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran;
* BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya;
* BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan;
* BPJS bertugas untuk:

1. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
2. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
3. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
4. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
5. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
6. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
7. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

* BPJS berwenang untuk:

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

* BPJS berhak untuk:

1. memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;dan
2. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

* BPJS berkewajiban untuk:

1. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
2. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
3. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
4. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
5. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
6. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
7. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
8. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
9. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;
10. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
11. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

* Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial.

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. [↑](#endnote-ref-2)