

5.672 PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN PENERIMA BANTUAN IURAN DI KULONPROGO DINONAKTIFKAN, DINAS SOSIAL PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK SIAP FASILITASI



Sumber gambar:
<https://tinyurl.com/55f5j98w>

Isi berita:

Harianjogja.com, KULON PROGO—Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (PPPA) Kabupaten Kulonprogo, siap memfasilitasi warga kurang mampu yang dinonaktifkan kepesertaan dari BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

Kepala Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Dinsos PPPA) Kabupaten Kulonprogo Lucius Bowo Pristiyanto di Kulonprogo, Sabtu, mengatakan ada 5.672 jiwa peserta BPJS Kesehatan PBI APBN yang dinonaktifkan karena Kementerian Sosial melakukan pemadatan data. "Hal-hal yang dilakukan Dinsos PPPA yakni melacak dan memfasilitasi diusulkan kembali lewat jalur formal dan sangat mungkin saja keliru. Jadi warga yang membutuhkan BPJS Kesehatan PBI tetap kami layani dan fasilitasi agar mendapat jaminan kembali," kata Bowo Pristiyanto.

Ia mengatakan, langkah yang dilakukan Dinsos PPPA Kulon Progo untuk BPJS Kesehatan PBI yang dinonaktifkan, yakni melakukan komunikasi dengan Pemkab Kulon Progo dalam hal ini sekda dan dinas kesehatan untuk membahas ini. Hal ini dikarenakan domain utama BPJS Kesehatan adalah Dinkes. Kemudian, deteksi 5.672 jiwa peserta BPJS Kesehatan PBI dinonaktifkan hasil pemadatan dari Kemensos.

Total warga kurang mampu di Kulon Progo yang mendapat bantuan BPJS Kesehatan PBI APBN ada 224.795 jiwa, dan yang dinonaktifkan 5.672 jiwa. Adapun penyebabnya, yakni meninggal 244 jiwa, nomor induk kependudukan (NIK) tidak sesuai tidak ditemukan 392 jiwa, ada yang pindah segmen 319 jiwa, kepesertaan ganda 13 jiwa. Selanjutnya, pekerjaan tidak sesuai ada 336 jiwa, terdeteksi pemilik usaha 438 jiwa, sisanya terdeteksi menggunakan listrik daya di atas 2.200 dan bekerja di sektor formal, mendapat upah di atas UMP.

"Tidak dapat dipungkiri dari data BPJS Kesehatan PBI yang dinonaktifkan ada data yang *error*, seperti kartu keluarga (KK) tunggal, keluarga PNS. Hal itu bisa terjadi," katanya. Terhadap warga yang kurang mampu dan saat ini sakit, lanjut Bowo, Dinsos PPPA melakukan komunikasi dengan Dinkes untuk menyusun skema pembiayaan. Ada dua, yakni BPJS Kesehatan PBI APBD, dan kalau darurat melalui Jamkesos. "Skema kami adalah warga terjamin soal kesehatan," katanya.

Selanjutnya, prosedur pengusulan kembali bagi warga kurang mampu yakni melalui kalurahan. Pengusulan itu, tidak dalam kondisi darurat. "Terhadap warga yang mampu, mereka kami arahkan untuk mandiri," katanya.

Sumber Berita:

1. jogjapolitan.harianjogja.com, 5.672 Peserta BPJS Kesehatan PBI di Kulonprogo Dinonaktifkan, Dinsos PPPA Siap Fasilitasi, 02/02//2025.
2. jogja.antaranews.com, Warga Kurang Mampu tapi Kartu BPJS Kesehatan Nonaktif, Bisa ke Dinsos PPPA, 02/02/2025.
3. planet.merdeka.com, Dinsos Kulon Progo Bantu Waga Miskin yang Kehilangan BPJS Kesehatan, 01/02/2025.

Catatan:

- A. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun

2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang, pada:

1. Pasal 1 angka 1; Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
2. Pasal 1 angka 2; Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.
3. Pasal 1 angka 3; Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.
4. Pasal 1 angka 4; Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
5. Pasal 1 angka 5; Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya.
6. Pasal 1 angka 6; Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah
7. Pasal 1 angka 7; Bantuan Iuran adalah Iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Sosial.
8. Pasal 2; BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:
 - a. kemanusiaan;
 - b. manfaat; dan
 - c. keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
9. Pasal 3; BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.
10. Pasal 4; BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:
 - a. kegotongroyongan;
 - b. nirlaba;
 - c. keterbukaan;
 - d. kehati-hatian;
 - e. akuntabilitas;
 - f. portabilitas;
 - g. kepesertaan bersifat wajib;

- h. dana amanat; dan
 - i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.
11. Pasal 5 ayat (1); Berdasarkan Undang-Undang ini dibentuk BPJS.
 12. Pasal 5 ayat (2); BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. BPJS Kesehatan; dan
 - b. BPJS Ketenagakerjaan.
 13. Pasal 6 ayat (1); BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
 14. Pasal 9 ayat (1); BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
 15. Pasal 10; Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, BPJS bertugas untuk:
 - a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
 - b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
 - c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
 - d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
 - e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
 - f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
 - g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.
 16. Pasal 11; Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, BPJS berwenang untuk:
 - a. menagih pembayaran Iuran;
 - b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
 - c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
 - d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 - e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
 - f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;

- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

B. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pada:

1. Pasal 1 angka 1; Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif.
2. Pasal 1 angka 3; Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
3. Pasal 1 angka 8; Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/ atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
4. Pasal 1 angka 9; Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.
5. Pasal 1 angka 10; Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
6. Pasal 3; Penyelenggaraan Kesehatan bertujuan:
 - a. meningkatkan perilaku hidup sehat;
 - b. meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan;
 - c. meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang efektif dan efisien;
 - d. memenuhi kebutuhan masyarakat akan Pelayanan Kesehatan;
 - e. meningkatkan ketahanan Kesehatan dalam menghadapi KLB atau Wabah;
 - f. menjamin ketersediaan pendanaan Kesehatan yang berkesinambungan dan berkeadilan serta dikelola secara transparan, efektif, dan efisien;

- g. mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan Teknologi Kesehatan yang berkelanjutan; dan
 - h. memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi Pasien, Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan masyarakat.
7. Pasal 4 ayat (1); Setiap Orang berhak:
- a. hidup sehat secara fisik, jiwa, dan sosial;
 - b. mendapatkan informasi dan edukasi tentang Kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab;
 - c. mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya;
 - d. mendapatkan perawatan Kesehatan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan;
 - e. mendapatkan akses atas Sumber Daya Kesehatan;
 - f. menentukan sendiri Pelayanan Kesehatan yang diperlukan bagi dirinya secara mandiri dan bertanggung jawab;
 - g. mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat Kesehatan;
 - h. menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap;
 - i. memperoleh kerahasiaan data dan informasi Kesehatan pribadinya;
 - j. memperoleh informasi tentang data Kesehatan dirinya, termasuk tindakan dan pengobatan yang telah ataupun yang akan diterimanya dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan; dan
 - k. mendapatkan perlindungan dari risiko Kesehatan.
8. Pasal 5 ayat (1); Setiap Orang berkewajiban:
- a. mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya;
 - b. menjaga dan meningkatkan derajat Kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya;
 - c. menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat;
 - d. menerapkan perilaku hidup sehat dan menghormati hak Kesehatan orang lain;
 - e. mematuhi kegiatan penanggulangan KLB atau Wabah; dan
 - f. mengikuti program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional
9. Pasal 6 ayat (1); Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi

penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat.

10. Pasal 6 ayat (2); Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. Pasal 7 ayat (1); Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan.
12. Pasal 7 ayat (2); Peningkatan dan pengembangan Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan penelitian dan pengkajian.
13. Pasal 7 ayat (3); Penelitian dan pengkajian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
14. Pasal 11; Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan.
15. Pasal 350 ayat (1); Sistem Informasi Kesehatan memuat data dan informasi yang bersumber dari:
 - a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - b. instansi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
 - c. badan/lembaga yang menyelenggarakan program jaminan sosial nasional;
 - d. badan/lembaga lain yang menyelenggarakan kegiatan di bidang Kesehatan;
 - e. kegiatan masyarakat selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - f. pelaporan mandiri perseorangan; dan
 - g. sumber lainnya.
16. Pasal 350 ayat (2); Data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas data dan informasi pribadi serta data dan informasi publik.
17. Pasal 411 ayat (1); Pendanaan Upaya Kesehatan perseorangan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan diselenggarakan oleh badan yang menyelenggarakan program jaminan sosial di bidang kesehatan.
18. Pasal 411 ayat (2); Program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat wajib bagi seluruh penduduk.
19. Pasal 411 ayat (3); Program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan untuk menjamin agar masyarakat memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan Kesehatan guna memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan.
20. Pasal 411 ayat (4); Kebutuhan dasar Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kebutuhan esensial yang menyangkut Pelayanan Kesehatan perseorangan, baik promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun paliatif

sesuai dengan siklus hidup dan epidemiologi tanpa melihat sosial ekonomi dan penyebab masalah Kesehatan.

C. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada:

1. Pasal 1 angka 1; Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi Kebutuhan Dasar Kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
2. Pasal 1 angka 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.
3. Pasal 1 angka 5; Penerima Bantuan iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan.
4. Pasal 1 angka 19; Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/ atau masyarakat.
5. Pasal 1 angka 20; Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
6. Pasal 1 angka 21; Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
7. Pasal 1 angka 28; Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
8. Pasal 2; Peserta Jaminan Kesehatan meliputi:
 - a. PBI Jaminan Kesehatan; dan

- b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.
9. Pasal 3; Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
 10. Pasal 6 ayat (1); Setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan.
 11. Pasal 6 ayat (2); Ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan, sebagai Peserta.
 12. Pasal 6A ayat (1); Peserta berhak menentukan FKTP yang diinginkan saat mendaftar pada BPJS Kesehatan.
 13. Pasal 6A ayat (2); Dalam hal Peserta didaftarkan oleh pihak lain, penentuan FKTP untuk pertama kali dapat dilakukan oleh pihak lain atas nama Peserta.
 14. Pasal 6A ayat (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.
 15. Pasal 6A ayat (4); Penentuan FKTP untuk pertama kali oleh pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diinformasikan kepada Peserta.
 16. Pasal 9; PBI Jaminan Kesehatan yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, didaftarkan oleh Menteri sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
 17. Pasal 10; 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.
 18. Pasal 12; Penduduk yang belum terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan dapat didaftarkan pada BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah provinsi atau Pemerintah Daerah kabupaten/kota.
 19. Pasal 29 ayat (1); Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.
 20. Pasal 29 ayat (2); Besaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019.
 21. Pasal 29 ayat (3); Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dibayar oleh Pemerintah Pusat.
 22. Pasal 29 ayat (4); Untuk menjamin keberlangsungan 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.

23. Pasal 29 ayat (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.
 24. Pasal 99 ayat (1); Pemerintah Daerah wajib mendukung penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
 25. Pasal 99 ayat (2); Dukungan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. peningkatan pencapaian kepesertaan 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.
 26. Pasal 99 ayat (3); Dukungan peningkatan pencapaian kepesertaan di wilayahnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilaksanakan melalui penerbitan regulasi yang mempersyaratkan kepesertaan program Jaminan Kesehatan dalam memperoleh pelayanan publik.
 27. Pasal 99 ayat (4); Dukungan kepatuhan pembayaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan melalui pelaksanaan pembayaran Iuran secara tepat jumlah dan tepat waktu.
 28. Pasal 99 ayat (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 minimal, dan pelaksanaan program kesehatan yang memiliki daya ungkit dalam peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan.
 29. Pasal 99 ayat (6); Dukungan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilaksanakan melalui kontribusi dari pajak rokok bagian hak masing-masing Daerah provinsi/kabupaten/kota.
- D. Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 tentang Persyaratan dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, pada:
1. Pasal 1 angka 1; Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

2. Pasal 1 angka 4; Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
3. Pasal 1 angka 9; Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial Next Generation yang selanjutnya disingkat SIKS-NG adalah suatu sistem informasi yang terdiri dari beberapa komponen yaitu pengumpulan, pengolahan, penyajian, dan diseminasi data terpadu kesejahteraan sosial yang dilaksanakan secara berjenjang dan berkesinambungan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi.
4. Pasal 4 ayat (1); PBI Jaminan Kesehatan bersumber dari data terpadu kesejahteraan sosial yang ditetapkan oleh Menteri.
5. Pasal 4 ayat (2); Dalam hal calon PBI Jaminan Kesehatan tidak terdaftar dalam data terpadu kesejahteraan sosial dapat diusulkan untuk dimasukkan dalam data terpadu kesejahteraan sosial.
6. Pasal 4 ayat (3); Calon PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang telah ditetapkan dalam data terpadu kesejahteraan sosial dapat didaftarkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan pada periode berikutnya.
7. Pasal 5 ayat (1); PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) harus memenuhi syarat:
 - a. penduduk warga negara Indonesia;
 - b. memiliki NIK yang terdaftar di Direktorat Jenderal yang menangani bidang kependudukan dan catatan sipil; dan
 - c. terdaftar dalam data terpadu kesejahteraan sosial.
8. Pasal 5 ayat (2); Untuk peserta jaminan kesehatan pada segmen lain yang terdapat dalam berkas induk BPJS Kesehatan yang belum memenuhi kewajiban pembayaran iuran jaminan kesehatan dapat dimutasi menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan sepanjang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
9. Pasal 6 ayat (1); Data PBI Jaminan Kesehatan dapat dilakukan perubahan.
10. Pasal 6 ayat (2); Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perubahan:
 - a. substantif; dan
 - b. administratif.
11. Pasal 6 ayat (3); Perubahan substantif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a terdiri atas:
 - a. penghapusan;
 - b. penggantian; atau
 - c. penambahan.

12. Pasal 6 ayat (4); Perubahan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan perbaikan data peserta PBI Jaminan Kesehatan.
13. Pasal 6 ayat (5); Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui SIKS-NG.
14. Pasal 6 ayat (6); Menteri menetapkan perubahan data peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) setiap bulan.
15. Pasal 6 ayat (7); Dalam hal terdapat penghapusan terhadap peserta PBI Jaminan Kesehatan, namun kemudian masih layak membutuhkan layanan kesehatan, tetap dapat menerima layanan kesehatan sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan.
16. Pasal 6 ayat (8); Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang dihapuskan, namun kemudian masih layak membutuhkan layanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diwajibkan melapor kepada dinas sosial daerah kabupaten/kota setempat untuk mendapatkan surat keterangan dari dinas sosial daerah kabupaten/kota setempat.
17. Pasal 6 ayat (9); Peserta PBI Jaminan Kesehatan menyampaikan surat keterangan dari dinas sosial daerah kabupaten/kota setempat sebagaimana dimaksud pada ayat (8) kepada kantor cabang/layanan operasional kabupaten/kota BPJS.
18. Pasal 6 ayat (10); Kantor cabang/layanan operasional kabupaten/kota BPJS melaporkan peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) ke kantor pusat BPJS secara berjenjang.
19. Pasal 6 ayat (11); Kantor pusat BPJS Kesehatan melaporkan ke Kementerian Kesehatan dengan tembusan kepada Kementerian Sosial melalui SIKS-NG.
20. Pasal 6 ayat (12); Layak membutuhkan layanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) meliputi layanan medis dan layanan bantuan iuran.
21. Pasal 6 ayat (13); Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) akan ditetapkan oleh Menteri sebagai PBI Jaminan Kesehatan.
22. Pasal 6 ayat (14); Penetapan PBI Jaminan Kesehatan oleh Menteri sebagaimana dimaksud pada ayat (9) ditetapkan pada periode berikutnya.
23. Pasal 6 ayat (15); Keputusan Menteri terkait mengenai penetapan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11) berlaku sejak layanan diberikan.
24. Pasal 6 ayat (16); Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang telah dihapus sebagaimana dimaksud pada ayat (7) paling lambat 6 (enam) bulan harus memperbaiki data dirinya sesuai data kependudukan dengan melaporkan kepada

- dinas sosial daerah kabupaten/kota untuk diusulkan masuk dalam data terpadu kesejahteraan sosial sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
25. Pasal 6 ayat (17); Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang telah dihapus namun kemudian ditemukan layak membutuhkan layanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (12) dan paling lambat 6 (enam) bulan belum terdaftar dalam data terpadu kesejahteraan sosial sejak mendapatkan layanan kesehatan pertama setelah penghapusan sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (14), kepesertaan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan dihapuskan pada periode berikutnya.
 26. Pasal 7 ayat (1); Penghapusan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf a dilakukan dengan ketentuan:
 - a. sudah tidak terdaftar lagi dalam data terpadu kesejahteraan sosial;
 - b. meninggal dunia; atau
 - c. terdaftar lebih dari 1 (satu) kali.
 27. Pasal 7 ayat (2); Penghapusan PBI Jaminan Kesehatan yang sudah tidak terdaftar lagi dalam data terpadu kesejahteraan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a termasuk:
 - a. sudah mampu membayar iuran;
 - b. tidak ditemukan keberadaannya;
 - c. peserta PBI Jaminan Kesehatan yang berubah menjadi pekerja penerima upah; dan
 - d. peserta PBI Jaminan Kesehatan yang dengan kemauan sendiri mendaftar sebagai pekerja bukan penerima upah untuk mendapatkan layanan kesehatan kelas I atau kelas II.
 28. Pasal 8 ayat (1); Penggantian PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf b dilakukan dengan ketentuan:
 - a. terdapat dalam data terpadu kesejahteraan sosial tapi belum terdaftar dalam berkas induk BPJS Kesehatan sebagai peserta aktif;
 - b. terdapat penghapusan data PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - c. belum melampaui jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
 29. Pasal 8 ayat (2); Pengganti PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersumber dari:
 - a. data terpadu kesejahteraan sosial;
 - b. bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung sebagai PBI Jaminan Kesehatan; atau
 - c. PBI Jaminan Kesehatan yang telah dihapuskan paling lama 6 (enam) bulan sejak penetapan penghapusan dikeluarkan dengan syarat ditemukan layak membutuhkan layanan kesehatan.

30. Pasal 8 ayat (3); Pengganti PBI Jaminan Kesehatan yang bersumber dari bayi yang dilahirkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b ditetapkan dengan ketentuan untuk:
 - a. bayi yang dilahirkan dengan mendapatkan layanan fasilitas kesehatan secara otomatis terdaftar pada kantor cabang/layanan operasional kabupaten/kota BPJS; dan
 - b. bayi yang dilahirkan dengan tidak mendapatkan layanan fasilitas kesehatan harus dilaporkan oleh peserta PBI Jaminan Kesehatan atau yang mewakili ke dinas sosial daerah kabupaten/kota setempat untuk diusulkan masuk ke dalam data terpadu kesejahteraan sosial di rumah tangga ibu kandung bayi.
31. Pasal 8 ayat (4); Pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (2) secara otomatis ditetapkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan pada saat mendapat layanan di fasilitas kesehatan berdasarkan usulan dari dinas sosial daerah kabupaten/kota.
32. Pasal 8 ayat (5); Dalam hal Pengganti PBI Jaminan Kesehatan yang bersumber dari bayi yang dilahirkan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a secara otomatis mendapat layanan di fasilitas kesehatan dan ditetapkan sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan sejak terdaftar di BPJS Kesehatan.
33. Pasal 8 ayat (6); Pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Menteri periode berikutnya.
34. Pasal 9; Penambahan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf c dilakukan dengan ketentuan:
 - a. terdapat dalam data terpadu kesejahteraan sosial tapi belum terdaftar dalam berkas induk BPJS Kesehatan sebagai peserta aktif; dan
 - b. melampaui jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
- E. Peraturan Bupati Kulon Progo Nomor 41 Tahun 2024 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas, pada:
 1. Pasal 1 angka 1; Dinas adalah perangkat daerah yang merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah pada Pemerintah Kabupaten Kulon Progo.
 2. Pasal 29 ayat (1); Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
 3. Pasal 29 ayat (2); Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Kepala Dinas.
 4. Pasal 29 ayat (1); Susunan organisasi Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, terdiri atas:
 - a. Kepala Dinas;

- b. Sekretariat, terdiri atas:
 - 1. Subbagian Umum dan Kepegawaian; dan
 - 2. Subbagian Keuangan.
 - c. Bidang Perlindungan Jaminan dan Rehabilitasi Sosial, terdiri atas:
 - 1. Seksi Perlindungan dan Jaminan Sosial; dan
 - 2. Seksi Rehabilitasi Sosial.
 - d. Bidang Pemberdayaan Sosial dan Penanganan Fakir Miskin, terdiri atas:
 - 1. Seksi Pemberdayaan Sosial; dan
 - 2. Seksi Penanganan Fakir Miskin.
 - e. Bidang Pemberdayaan Perempuan Pengarusutamaan Gender dan Peningkatan Kualitas Hidup Anak;
 - f. Unit Pelaksana Teknis; dan
 - g. Jabatan Fungsional
5. Pasal 34; Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak mempunyai tugas membantu Bupati melaksanakan urusan pemerintahan dan tugas pembantuan di bidang sosial dan bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak.
 6. Pasal 35; Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34, mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis bidang sosial dan bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak;
 - b. pengoordinasian dan sinkronisasi serta pelaksanaan kebijakan bidang sosial dan bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak;
 - c. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan bidang sosial dan bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak;
 - d. pelaksanaan administrasi pada Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak; dan
 - e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.
 7. Lampiran Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak; Bidang Perlindungan Jaminan dan Rehabilitasi Sosial mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengkoordinasikan, membina, mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan perlindungan sosial, jaminan sosial dan rehabilitasi sosial, serta mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan dan program kerja Bidang Perlindungan Jaminan dan Rehabilitasi Sosial;

- b. perumusan kebijakan teknis bidang perlindungan jaminan dan rehabilitasi sosial;
- c. pengoordinasian Pengembangan Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial Daerah di Kabupaten;
- d. pengoordinasian Rehabilitasi Sosial Dasar Penyandang Disabilitas Terlantar, Anak Terlantar, Lanjut Usia Terlantar, serta Gelandangan Pengemis di Luar Panti Sosial;
- e. pengoordinasian Rehabilitasi Sosial Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Lainnya Bukan Korban HIV/AIDS dan NAPZA di Luar Panti Sosial;
- f. pengoordinasian Pemeliharaan Anak-Anak Terlantar;
- g. pengoordinasian Pengelolaan Data Fakir Miskin Cakupan Daerah Kabupaten; pengoordinasian Perlindungan Sosial Korban Bencana Alam dan Sosial Kabupaten;
- h. pengoordinasian Penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Kesiapsiagaan Bencana Kabupaten;
- i. pengoordinasian Penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Kesiapsiagaan Bencana Kabupaten;
- j. Penyediaan Makanan;
- k. Penyediaan Sandang;
- l. Penyediaan Tempat Penampungan Pengungsi;
- m. Penanganan Khusus bagi Kelompok Rentan;
- n. Pelayanan Dukungan Psikososial;
- o. Koordinasi, Sosialisasi dan Pelaksanaan Kampung Siaga Bencana;
- p. Koordinasi, Sosialisasi dan Pelaksanaan Taruna Siaga Bencana;
- q. Peningkatan Kapasitas Relawan Taruna Siaga Bencana;
- r. pengoordinasian pelaksanaan administrasi Bidang Perlindungan dan Jaminan dan Rehabilitasi Sosial;
- s. pembinaan dan pengoordinasian Jabatan Fungsional pada Bidang Perlindungan dan Jaminan dan Rehabilitasi Sosial;
- t. penyiapan data dan bahan dalam pelaksanaan perlindungan sosial korban bencana alam, korban bencana sosial dan pekerja migran bermasalah;
- u. penyelenggaraan bantuan darurat kepada korban bencana alam dan korban bencana sosial;
- v. pelaksanaan pembinaan kepada Taruna Siaga Bencana (Tagana) dan Pelopor Perdamaian (Pordam);

- w. pengkoordinasian, sosialisasi, pembentukan, pembinaan dan pelaksanaan Kampung Siaga Bencana (KSB);
- x. pelaksanaan kerjasama antar lembaga dan kemitraan dalam pelaksanaan perlindungan korban bencana tingkat kabupaten tingkat provinsi dan atau kementerian;
- y. pengoordinasian pemantauan, pengendalian dan evaluasi serta pelaporan pelaksanaan tugas Bidang Perlindungan Jaminan dan Rehabilitasi Sosial; dan
- z. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan berkaitan dengan bidang tugasnya.