

**6.600 WARGA KULON PROGO KEHILANGAN KEPESERTAAN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL PENERIMA BANTUAN IURAN,
REAKTIVASI DIUPAYAKAN**



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Sumber gambar: <https://jogja.tribunnews.com/>

Isi Berita:

TRIBUNJOGJA.COM, KULON PROGO - Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Dinsos-PPPA) telah menerima data jumlah warga yang kehilangan kepesertaan BPJS PBI. Upaya reaktivasi kepesertaan pun tengah dilakukan. Kepala Seksi Penanganan Fakir Miskin, Dinsos-PPPA Kulon Progo, Ika Dewi Wahyuning Kusumastuti menjelaskan data tersebut didapatkan dari Kemensos RI. "Penerima BPJS PBI di Kulon Progo ada 6.600 jiwa, karena perubahan data jadi hilang semua kepesertaannya," ungkap Ika pada Rabu (02/07/2025).

Perubahan data terjadi akibat sinkronisasi Data Terpadu Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN). DTSEN memadukan 3 data besar meliputi DTKS, P3KE, dan Regsosek, dimana 6.600 warga Kulon Progo masuk di dalamnya. Menurut Ika, hilangnya kepesertaan BPJS PBI terjadi karena adanya pemeringkatan kesejahteraan sosial atau istilahnya desil dari 1 sampai 5. Sebagai informasi, iuran 6.600 anggota BPJS PBI asal Kulon Progo ditalangi oleh APBN. "Sebaliknya, sebanyak 17.997 anggota BPJS PBI yang iurannya ditalangi oleh APBD Kulon Progo justru migrasi jadi penerima BPJS PBI dari APBN," ujarnya.

Selain data dari Kemensos, Dinsos-PPPA Kulon Progo mengetahui hilangnya kepesertaan BPJS PBI dari laporan warga. Sebab saat itu ada warga yang sedang berobat namun akses BPJS PBI mereka ditolak karena kepesertaannya sudah non aktif.

Dinsos-PPPA Kulon Progo langsung mengupayakan langkah reaktivasi bagi warga yang kepesertaan BPJS PBI-nya hilang. Penelusuran tengah dilakukan melalui pemerintah kalurahan, di mana akan ada proses verifikasi dan validasi data kependudukan. "Kalau datanya sesuai, maka warga yang kehilangan BPJS PBI bisa diusulkan untuk terdaftar ke BPJS PBI dari Pemerintah Kabupaten (Pekab) Kulon Progo," jelas Ika.

Warga yang kehilangan status BPJS PBI dari pusat pun akan diberikan pilihan, apakah melanjutkan iuran secara mandiri atau ingin ditalangi oleh Pemkab Kulon Progo. Nantinya, Dinsos-PPPA Kulon Progo akan melayangkan rekomendasi ke Dinas Kesehatan (Dinkes) Kulon Progo. Sebab dari Dinkes Kulon Progo bisa berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan untuk melakukan reaktivasi. Ika mengklaim prosesnya tidak akan membutuhkan waktu lama, dan warga pun cukup melapor ke kalurahan masing-masing. "Nanti kalau rekomendasinya diterima oleh Dinkes Kulon Progo, reaktivasi bisa langsung dilakukan," katanya.

Kepala Dinsos Kulon Progo, Bowo Pristiyanto sebelumnya membenarkan banyak warga penerima BPJS PBI yang kepesertaannya dinonaktifkan. Kondisi ini terjadi saat proses pengecekan lapangan (*ground check*) untuk sinkronisasi DTSEN. Ia memastikan warga bisa melakukan reaktivasi atas kepesertaan BPJS PBI. Terutama warga yang secara ekonomi kurang mampu dan masih membutuhkan dukungan untuk menalangi iuran BPJS Kesehatannya. "Selain melalui *online*, proses reaktivasi juga bisa dilakukan lewat petugas di lapangan yang akan mendampingi," jelas Bowo.(alx)

Sumber Berita:

1. <https://jogja.tribunnews.com/>, 6.600 Warga Kulon Progo Kehilangan Kepesertaan BPJS PBI, Reaktivasi Diupayakan, 2/07/2025;
2. <https://radarjogja.jawapos.com/>, Segini Jumlah Penerima BPJS PBI yang Dicoret Akibat Peralihan DTSEN. Pemkab Kulon Progo: Masih Bisa Reaktivasi, 2/07/2025;
3. <https://jogjapolitan.harianjogja.com/>, BPJS Kesehatan PBI Milik 6.600 Warga Kulonprogo Non-Aktif, Ini Penyebabnya, 2/07/2025;

Catatan:

- A. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana telah diubah dengan UU 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 2: Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.
 2. Pasal 1 angka 5: Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan sosial..
 3. Pasal 1 angka 6: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial
 4. Pasal 5 ayat (1): Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang.
 5. Pasal 14 ayat (1): Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 6. Pasal 14 ayat (2): Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
 7. Pasal 17 ayat (4): Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.
 8. Pasal 19 ayat (1): Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
 9. Pasal 19 ayat (2): Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
 10. Pasal 20 ayat (1): Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
- B. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana telah diubah dengan UU 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 6: Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah.
 6. Pasal 1 angka 7: Bantuan Iuran adalah Iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Sosial.
 7. Pasal 5 ayat (1): Berdasarkan Undang-Undang ini dibentuk BPJS.
 8. Pasal 5 ayat (2): BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. BPJS Kesehatan; dan
 - b. BPJS Ketenagakerjaan.
 9. Pasal 6 ayat (1): BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
 10. Pasal 9 ayat (1): BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
 11. 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.
 12. Pasal 16 ayat (1): Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan Iuran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti.
 13. Pasal 18 ayat (1): Pemerintah mendaftarkan penerima Bantuan Iuran dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS.
- C. Pasal 19 ayat (4): Pemerintah membayar dan menyetero Iuran untuk penerima Bantuan Iuran kepada BPJS. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima

Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran 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 atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
2. Pasal 1 angka 2: Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah.
3. Pasal 1 angka 3: Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Bantuan Iuran adalah Iuran program Jaminan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang dibayar oleh Pemerintah.
4. 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.
5. Pasal 1 angka 5: Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.
6. Pasal 1 angka 6: Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya.
7. Pasal 1 angka 10: Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
8. Pasal 2 ayat (1): Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
9. Pasal 2 ayat (2): Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi dasar bagi lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik untuk melakukan pendataan.
10. Pasal 3: Hasil pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri untuk dijadikan data terpadu.
11. Pasal 4: Data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, sebelum ditetapkan sebagai data terpadu oleh Menteri, dikoordinasikan terlebih dahulu dengan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.

12. Pasal 5 ayat (1): Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota.
13. Pasal 5 ayat (2): Data terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
14. Pasal 6: Data terpadu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 disampaikan oleh Menteri kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan DJSN.
15. Pasal 7: Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
16. Pasal 9: Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan untuk PBI Jaminan Kesehatan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.
17. Pasal 11 ayat (1): Data PBI Jaminan Kesehatan dapat dilakukan perubahan.
18. Pasal 11 ayat (2): Perubahan data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan:
 - a. penghapusan;
 - b. penggantian; atau
 - c. penambahan.
19. Pasal 11 ayat (3): Penghapusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilakukan apabila PBI Jaminan Kesehatan:
 - a. tidak lagi memenuhi kriteria sebagai Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu;
 - b. meninggal dunia; atau
 - c. terdaftar lebih dari 1 (satu) kali.
20. Pasal 11 ayat (4): Penghapusan untuk PBI Jaminan Kesehatan yang terdaftar lebih dari 1 (satu) kali sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c dilakukan untuk mendapatkan data tunggal.
21. Pasal 11 ayat (5): Penggantian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan dengan ketentuan:
 - a. terdapat Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang belum masuk dalam data PBI Jaminan Kesehatan;
 - b. terdapat penghapusan data PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - c. belum melampaui jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
22. Pasal 11 ayat (6): Penambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan apabila:
 - a. terdapat Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang belum masuk dalam data PBI Jaminan Kesehatan; dan

- b. melampaui jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
23. Pasal 11 ayat (7): Penggantian dan penambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6) dapat berasal dari Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yaitu:
- a. pekerja yang mengalami pemutusan hubungan kerja dan belum bekerja setelah lebih dari 6 (enam) bulan;
 - b. korban bencana pascabencana;
 - c. pekerja yang memasuki masa pensiun;
 - d. anggota keluarga dari pekerja yang meninggal dunia;
 - e. bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung dari keluarga yang terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan;
 - f. tahanan/warga binaan pada rumah tahanan negara/lembaga pemasyarakatan; dan/atau
 - g. penyandang masalah kesejahteraan sosial.
24. Pasal 11A ayat (1): Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri.
25. Pasal 11A ayat (2): Verifikasi dan validasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap saat.
26. Pasal 11B ayat (1): Menteri menetapkan perubahan data PBI Jaminan Kesehatan berdasarkan hasil verifikasi dan validasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11A ayat (1).
27. Pasal 11C ayat (2): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mendaftarkan perubahan PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
28. Pasal 12: Penduduk yang sudah tidak menjadi Fakir Miskin dan sudah mampu wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan dengan membayar Iuran.
- D. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada:
- 1. Pasal 2: Peserta Jaminan Kesehatan meliputi:
 - a. PBI Jaminan Kesehatan; dan
 - b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.
 - 2. Pasal 3: Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.

3. 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.
4. 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.
5. Pasal 20 ayat (1): Status kepesertaan dapat berubah untuk menjamin keberlanjutan kepesertaan.
6. Pasal 20 ayat (2): Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat
7. (1) tidak menghapuskan kewajiban Peserta, Pemberi Kerja, atau Pemerintah Daerah untuk melunasi tunggakan Iuran.
8. Pasal 20 ayat (4): Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap mewajibkan Peserta untuk mendaftarkan diri dan/atau anggota keluarganya ke jenis kepesertaan yang baru.
9. Pasal 21 ayat (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.
10. Pasal 21 ayat (2): Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak mengakibatkan terputusnya Manfaat Jaminan Kesehatan.
11. Pasal 21 ayat (3): Perubahan status kepesertaan dari bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
12. Pasal 27 ayat (1): Peserta PPU yang mengalami PHK tetap memperoleh hak Manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di PHK, tanpa membayar Iuran.
13. Pasal 27 ayat (2): PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuktikan dengan:
 - a. bukti diterimanya PHK oleh Pekerja dan tanda terima laporan PHK dari dinas Daerah kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan;
 - b. perjanjian bersama dan tanda terima laporan PHK dari dinas Daerah kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan atau akta bukti pendaftaran perjanjian bersama; atau
 - c. petikan atau putusan pengadilan hubungan industrial yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap.
14. Pasal 27 ayat (6): Dalam hal Peserta PPU yang mengalami PHK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bekerja kembali dan tidak mampu, Peserta

melaporkan dirinya beserta keluarga ke dinas Daerah kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial untuk didaftarkan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

15. Pasal 29 ayat (1): Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.
 16. Pasal 29 ayat (2): Besaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019.
 17. Pasal 29 ayat (3): Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dibayar oleh Pemerintah Pusat.
 18. 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.
 19. 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.
 20. Pasal 35A ayat (2) huruf a: Untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya, Iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, diatur dengan ketentuan sebagai berikut: penduduk yang semula didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dan memenuhi kriteria fakir miskin dan/atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, kepesertaannya ditambahkan sebagai bagian dari Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan Iuran-nya sebesar Iuran yang ditetapkan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29;
- E. Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 tentang Persyaratan dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, pada:
1. Pasal 1 angka 7: Verifikasi Data yang selanjutnya disebut Verifikasi adalah proses pemeriksaan data untuk memastikan pendataan yang telah dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan dan memastikan data yang telah dikumpulkan atau dimutakhirkan sesuai dengan fakta di lapangan.
 2. Pasal 1 angka 8: Validasi Data yang selanjutnya disebut Validasi adalah proses pengesahan data dengan memastikan dan memperbaiki data sehingga data valid atau telah memenuhi aturan Validasi.
 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 6 ayat (1): Data PBI Jaminan Kesehatan dapat dilakukan perubahan.
 9. Pasal 6 ayat (2): Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perubahan:
 - a. substantif; dan
 - b. administratif.
 10. Pasal 6 ayat (3): Perubahan substantif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a terdiri atas:
 - a. penghapusan;
 - b. penggantian; atau
 - c. penambahan.
 11. Pasal 6 ayat (4): Perubahan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan perbaikan data peserta PBI Jaminan Kesehatan.
 12. Pasal 6 ayat (5): Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui SIKS-NG.
 13. Pasal 6 ayat (6): Menteri menetapkan perubahan data peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) setiap bulan.
 14. 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.
 15. 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.
16. Pasal 6 ayat (13): Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) akan ditetapkan oleh Menteri sebagai PBI Jaminan Kesehatan.
 17. 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.
 18. 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.
 19. 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.
 20. 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.
 21. 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.

22. 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.
 23. 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.
 24. Pasal 8 ayat (6): Pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Menteri periode berikutnya.
 25. Pasal 10: Penghapusan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf a merupakan kegiatan untuk menghapus kepesertaan sebagai PBI Jaminan Kesehatan.
 26. Pasal 20: Perbaikan data PBI Jaminan Kesehatan berasal dari data yang sudah didaftarkan di BPJS Kesehatan dan data terpadu kesejahteraan sosial.
 27. Pasal 24: Menteri dapat melakukan perubahan data PBI Jaminan Kesehatan baik substantif maupun administratif terhadap data PBI Jaminan Kesehatan.
 28. Pasal 26: Pendanaan pelaksanaan perubahan data PBI Jaminan Kesehatan bersumber dari:
 - a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
 - b. anggaran pendapatan dan belanja daerah provinsi;
 - c. anggaran pendapatan dan belanja daerah kabupaten/kota; dan/atau
 - d. sumber pendanaan lain yang sah dan tidak mengikat.
- F. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III, Dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan Di Ruang Perawatan Kelas III Oleh Pemerintah Pusat Dan/Atau Pemerintah Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 51 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 78/PMK.02/2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja Dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III, dan Bantuan Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima

Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah, pada:

1. Pasal 3 ayat (1): Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.
2. Pasal 3 ayat (2): Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar oleh Pemerintah Pusat.
3. Pasal 3 ayat (3): Untuk menjamin keberlangsungan dan Kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan, Pemerintah Daerah berkontribusi dalam membayar Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai kapasitas fiskal daerah.
4. Pasal 3 ayat (4): Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar oleh Pemerintah Pusat untuk tahun 2020.
5. Pasal 3 ayat (5): Kontribusi Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibayar oleh Pemerintah Daerah mulai tahun 2021.
6. Pasal 3 ayat (6): Pembayaran Kontribusi Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat bersumber dari transfer ke daerah.
7. Pasal 5 ayat (1): Pembayaran Bantuan Iuran oleh Pemerintah Pusat meliputi tata cara:
 - a. penyediaan dana;
 - b. pencairan dana; dan
 - c. pertanggungjawaban dana.
8. Pasal 5 ayat (2): Pelaksanaan pembayaran Bantuan Iuran oleh Pemerintah Pusat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui pembayaran Bantuan Iuran oleh KPA BUN kepada BPJS Kesehatan.
9. Pasal 23 ayat (1): Besaran Kontribusi Iuran Peserta PBI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (5) dibayar oleh pemerintah provinsi yang dibagi dan dibebankan ke masing-masing provinsi berdasarkan Kapasitas Fiskal Daerah, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. untuk provinsi dengan kapasitas fiskal daerah sangat tinggi sebesar Rp2.200,00 (dua ribu dua ratus rupiah) per orang per bulan;
 - b. untuk provinsi dengan kapasitas fiskal daerah tinggi dan sedang sebesar Rp2.100,00 (dua ribu seratus rupiah) per orang per bulan; dan
 - c. untuk provinsi dengan kapasitas fiskal daerah rendah dan sangat rendah sebesar Rp2.000,00 (dua ribu rupiah) per orang per bulan.

10. Pasal 26: Kewajiban Pemerintah Daerah dibayarkan setiap bulan kepada BPJS Kesehatan berdasarkan data Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III dengan status Peserta Aktif.
- G. Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2025 tentang Pemutakhiran Dan Penggunaan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional Untuk Bantuan Sosial, Pemberdayaan Sosial, dan Program Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial, pada:
1. Pasal 1 angka 1: Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional yang selanjutnya disebut DTSEN adalah basis data tunggal individu, dan/atau keluarga yang mencakup kondisi sosial, ekonomi dan peringkat kesejahteraan keluarga, yang dibentuk dari penggabungan data registrasi sosial dan ekonomi, data terpadu kesejahteraan sosial, dan data pensasaran percepatan penghapusan kemiskinan ekstrem serta telah dipadankan dengan data kependudukan dan dimutakhirkan secara berkala yang dikelola oleh lembaga pemerintah yang melaksanakan tugas pemerintahan di bidang kegiatan statistik.
 2. Pasal 1 angka 2: Pemutakhiran Data adalah proses memperbaharui dan/atau melengkapi data mengenai bantuan sosial, pemberdayaan sosial, dan program penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang sudah ada dan/atau pengusulan data untuk mewujudkan data yang akurat, terkini dan terintegrasi.
 3. Pasal 2 ayat (1): Menteri melakukan pemutakhiran DTSEN.
 4. Pasal 2 ayat (2): Untuk mendukung pemutakhiran DTSEN sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri memperoleh DTSEN dari lembaga pemerintah yang melaksanakan tugas pemerintahan di bidang kegiatan statistik.
 5. Pasal 2 ayat (3): Pemutakhiran DTSEN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui sinkronisasi DTSEN.
 6. Pasal 3 ayat (1): Sinkronisasi DTSEN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (3) dilakukan terhadap data yang diajukan oleh:
 - a. Pemerintah Daerah kabupaten/kota;
 - b. Kementerian Sosial; atau
 - c. masyarakat.
 7. Pasal 3 ayat (2): Sinkronisasi DTSEN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tahapan:
 - a. Proses Usulan Data; dan
 - b. Verifikasi dan Validasi Proses Usulan Data.
 8. Pasal 3 ayat (3): Sinkronisasi DTSEN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi data individu dan keluarga yang memiliki Peringkat Kesejahteraan Keluarga.

9. Pasal 4 ayat (1): Proses Usulan Data oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf a berasal dari:
 - a. desa/kelurahan/nama lain; dan/atau
 - b. instansi daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
 10. Pasal 10 ayat (1): Proses Usulan Data oleh masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf c diajukan kepada Kementerian Sosial dengan menggunakan aplikasi yang dikelola oleh satuan kerja pengelola data di Lingkungan Kementerian Sosial.
 11. Pasal 11 ayat (1): Verifikasi dan Validasi DTSEN dilakukan terhadap Proses Usulan Data yang diajukan oleh Pemerintah Daerah, kabupaten/kota, Kementerian Sosial, atau masyarakat.
 12. Pasal 13 ayat (1): DTSEN dijadikan sebagai acuan untuk:
 - a. bantuan sosial;
 - b. pemberdayaan sosial; dan/atau
 - c. program penyelenggaraan kesejahteraan sosial.
 13. Pasal 13 ayat (2): Ketentuan mengenai kriteria penerima bantuan sosial, pemberdayaan sosial, dan/atau program penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang dilaksanakan oleh Kementerian Sosial ditetapkan oleh Menteri.
 14. Pasal 14: Menteri dapat menetapkan penerima bantuan sosial, pemberdayaan sosial, dan/atau program penyelenggaraan kesejahteraan sosial berdasarkan DTSEN yang telah dilakukan pemutakhiran.
- H. Peraturan Bupati Kulon Progo Nomor 110 Tahun 2016 Tentang Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Ke Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Kabupaten Kulon Progo Nomor 10 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Kulon Progo Nomor 110 Tahun 2016 Tentang Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Ke Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional, pada:
1. Pasal 3 ayat (1): Peserta Jaminan Kesehatan yang diintegrasikan ke dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yaitu:
 - a. Setiap penduduk miskin yang belum mempunyai jaminan kesehatan; dan
 - b. Berdomisili di wilayah Daerah paling kurang 6 (enam) bulan yang dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk dan/atau terdaftar dalam kartu Keluarga.
 2. Pasal 3 ayat (2): Peserta Jaminan Kesehatan yang diintegrasikan ke dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dibebankan kepada Pemerintah Daerah meliputi:
 - a. Penduduk miskin yang belum mempunyai jaminan Kesehatan;
 - b. Bayi baru lahir dari ibu peserta PBI Daerah;

- c. Penduduk miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan lain yang dibuktikan dengan:
 1. Surat Pernyataan Diri Tidak memiliki Kartu Jaminan Kesehatan;
 2. Surat Keterangan Tidak Mampu dari Desa; dan
 3. Surat Rekomendasi dari Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Kulon Progo.
3. Pasal 3 ayat (3): Peserta Jaminan Kesehatan yang diintegrasikan ke dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Keputusan Bupati.
4. Pasal 4 ayat (1): Pemerintah Daerah mendaftarkan peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 kepada BPJS Kesehatan.
5. Pasal 5 ayat (1): Perubahan berupa pengurangan dan/atau penambahan peserta.
6. Pasal 5 ayat (2): Pengurangan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disebabkan:
 - a. meninggal dunia;
 - b. duplikasi;
 - c. pindah segmen kepesertaan; atau
 - d. pindah penduduk dari wilayah Daerah.
7. Pasal 5 ayat (3): Pengurangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setelah ada validasi data kependudukan.
8. Pasal 6 ayat (1): Besaran iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta integrasi Jaminan Kesehatan yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah mengacu pada besaran iuran yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat bagi PBI Pusat.
9. Pasal 6 ayat (2): Pendanaan untuk pembayaran iuran bagi peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- I. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 262/HUK/2022 tentang Kriteria Fakir Miskin, pada:
 1. Diktum Kesatu: Menetapkan kriteria fakir miskin yang digunakan untuk mendeteksi awal kondisi kemiskinan sebagai bagian dari penanganan fakir miskin.
 2. Diktum Kedua: Kriteria fakir miskin yang digunakan untuk mendeteksi awal sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU yaitu tidak memiliki tempat berteduh/tinggal sehari-hari
 3. Diktum Ketiga: Dalam hal seseorang tidak memiliki tempat berteduh/tinggal sehari-hari sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA, langsung dikategorikan sebagai fakir miskin.

4. Diktum Keempat: Dalam hal fakir miskin memiliki tempat berteduh/tinggal sehari-hari, dilakukan deteksi lanjutan dengan kriteria meliputi:
 - a. kepala keluarga atau pengurus kepala keluarga yang tidak bekerja;
 - b. pernah khawatir tidak makan atau pernah tidak makan dalam setahun terakhir;
 - c. pengeluaran kebutuhan makan lebih besar dari setengah total pengeluaran;
 - d. tidak ada pengeluaran untuk pakaian selama 1 (satu) tahun terakhir;
 - e. tempat tinggal sebagian besar berlantai tanah dan/atau plesteran;
 - f. tempat tinggal sebagian besar berdinding bambu, kawat, papan kayu, terpal, kardus, tembok tanpa diplester, rumbia, atau seng;
 - g. tidak memiliki jamban sendiri atau menggunakan jamban komunitas; dan/atau
 - h. sumber penerangan berasal dari listrik dengan daya 450 (empat ratus lima puluh) *volt ampere* atau bukan listrik.
- J. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 79/HUK/2025 tentang Penetapan Peringkat Kesejahteraan Keluarga untuk Penyaluran Bantuan Sosial dan Bantuan Program Kesejahteraan Sosial di Lingkungan Kementerian Sosial, pada:
 1. Diktum Kesatu: Menetapkan peringkat kesejahteraan keluarga untuk penyaluran bantuan sosial dan bantuan program kesejahteraan sosial di lingkungan Kementerian Sosial.
 2. Diktum Keempat: Penetapan peringkat kesejahteraan keluarga untuk penyaluran bantuan sosial dan bantuan program kesejahteraan sosial sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dilaksanakan dengan ketentuan:
 - a. penerima program keluarga harapan menggunakan kelompok desil 1 (satu) sampai dengan 4 (empat);
 - b. penerima program sembako menggunakan kelompok desil 1 (satu) sampai dengan 5 (lima);
 - c. penerima bantuan iuran jaminan kesehatan menggunakan kelompok desil 1 (satu) sampai dengan 5 (lima);
 - d. penerima bantuan program asistensi rehabilitasi sosial dapat menggunakan rentang kelompok desil 1 (satu) sampai dengan desil 5 (lima) atau berdasarkan hasil asesmen; dan
 - e. penerima bantuan program kesejahteraan sosial di lingkungan Kementerian Sosial dapat menggunakan rentang kelompok desil 1 (satu) sampai dengan desil 5 (lima) atau sesuai dengan hasil asesmen pada masing-masing program.